



## **ATA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos onze e doze dias do mês de maio de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária do CNS. **ABERTURA DA REUNIÃO DO CNS** – Composição da mesa: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** abriu a reunião e, após cumprimentar os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real, apresentou a pauta. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** solicitou que a pauta e os documentos para deliberação fossem enviados com antecedência aos conselheiros, em cumprimento do Regimento Interno do CNS. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** solicitou espaço para apresentar uma proposta de recomendação relativa ao envio de medicamentos, pelo Ministério da Saúde, aos Estados. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu uma moção de apoio à decisão do STF que reconhece a união estável para casais do mesmo sexo. Com a autorização da mesa, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, na condição de suplente, sugeriu uma moção de apoio do CNS à aprovação na Comissão de Constituição de Justiça e de Cidadania – CCJ da Câmara Federal, do Projeto de Lei nº 6.411 de 2005, sendo a proposição originária o Projeto de Lei do Senado nº 71 de 2003, de autoria do Senador Tião Viana, que “altera a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências, para que a prestação de contas dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) ao Poder Legislativo estenda-se à esfera federal do governo”. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a pauta com documentos anexos foi enviada aos conselheiros no dia 4 de maio de 2011, porque a SE/CNS aguardava a confirmação de alguns expositores. A fim de cumprir o prazo regimental, sugeriu enviar uma minuta de pauta e, posteriormente, a definitiva, caso houvesse mudança. Aproveitou para comunicar que o relatório do GT OSCIPs e o relatório do GT UPAs não foram enviados com a devida antecedência, portanto, seriam retirados da pauta. No mais, lembrou que os informes devem ser solicitados até trinta minutos antes do início da reunião. Por fim, solicitou que os textos da recomendação e da moção sugerida fossem encaminhados à SE/CNS para formatação e apresentação ao Plenário. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** disse que a justificativa da SE/CNS atendia à perspectiva do FENTAS e reiterou a solicitação de envio dos documentos com antecedência, possibilitando a leitura da pauta e dos documentos da reunião. Conselheiro **Willen Heil e Silva** perguntou sobre os itens da pauta com indicativo de “apresentação” e outros “apresentação e deliberação”. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, ao indicar em um item de pauta “apresentação e deliberação”, entende-se que será objeto de deliberação e coloca-se “apresentação” para os temas novos. Ressaltou que em todos os pontos da 221ª RO constava “apresentação e deliberação” porque poderiam ser objeto de deliberação. No mais, lembrou que os conselheiros que não se sentissem esclarecidos para votação de matéria em debate poderiam solicitar vista. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que, nos termos do Regimento Interno do CNS, os itens da ordem do dia, por solicitação dos conselheiros, poderiam ser objeto de deliberação. No mais, destacou que, no caso de não se sentir esclarecido, o conselheiro poderia solicitar ao Pleno mais tempo para debate e, como último recurso, solicitar vista. Feitas essas considerações, a mesa colocou em apreciação a pauta da reunião. **Deliberação: a pauta da 221ª RO foi acatada com a exclusão dos relatórios do GTs UPAs e do GT OSCIPs, visto que não foram encaminhados aos conselheiros no prazo regimental.** **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 220ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Apresentação: Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**. Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: aprovada a ata da 220ª Reunião Ordinária do CNS**

56 **CNS com a contribuição da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade.** Conselheira **Maria Cristhina**  
57 **Biz** aproveitou para agradecer a participação do Conselheiro José Marcos de Oliveira, representando  
58 o CNS, no Encontro Internacional de Audiologia e no Seminário de Políticas Públicas em Saúde  
59 Auditiva. Também perguntou se o CNS aprovou a publicação de nova Política de Atenção Básica. A  
60 esse respeito, acordou-se que seriam feitos os esclarecimentos no item informes. **ITEM 2 –**  
61 **INFORMES E INDICAÇÕES - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva  
62 do CNS. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Ib)**  
63 **PORTARIA Nº. 940, DE 28 DE ABRIL DE 2011 – Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de**  
64 **Saúde.** Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** explicou que a Portaria nº. 940, cujo mérito foi  
65 aprovado pelo CNS, foi pactuada na Tripartite e a única modificação foi a retirada do chip do cartão.  
66 Também informou que o Ministério da Saúde disponibilizará sistema aos municípios para implantação  
67 do Cartão e a intenção é, no primeiro momento, implantar em 1.300 municípios. Ressaltou ainda a  
68 articulação do Ministério da Saúde no âmbito do governo acerca do Cartão e a negociação com o  
69 Ministério das Comunicações para inclusão das unidades de saúde no plano nacional de banda larga.  
70 Informou que estava em consulta pública a minuta de portaria que regulamenta o uso de padrões de  
71 interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas de informação em saúde do SUS e  
72 solicitou contribuições dos conselheiros nacionais. Por fim, destacou que a intenção é apresentar a  
73 portaria ao CNS antes de publicá-la. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que fosse pautada nova  
74 apresentação do Sistema Cartão SUS. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** solicitou que o  
75 tema seja pautado, prioritariamente, na reunião ordinária de junho, visto que será tratado nas  
76 conferências municipais. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu uma apresentação do  
77 Sistema na próxima reunião da CICIS/CNS. **Encaminhamento: pautar o debate do Sistema Cartão**  
78 **SUS na próxima reunião do CNS; e verificar a possibilidade de um representante do Ministério**  
79 **da Saúde para expor sobre o tema na próxima reunião da CICIS/CNS.** c) **LABORATÓRIO DE**  
80 **INOVAÇÃO: INCLUSÃO DOS CIDADÃOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS**  
81 **PÚBLICAS/OPAS -** O GT de conselheiros para o Laboratório reuniu-se com representantes da OPAS,  
82 a Secretaria Executiva do CNS e pesquisadores da UnB, no dia 3 de maio de 2011, em Brasília. Foi  
83 enviado Informativo Eletrônico do CNS n.º 09, de 28 de abril de 2011, solicitando aos municípios e  
84 estados que desenvolveram estratégias inovadoras de inclusão dos cidadãos nos processos  
85 decisórios o envio de relato breve de sua experiência para a OPAS/OMS Brasil. d) **DECRETO Nº.**  
86 **7.446, DE 1º DE MARÇO DE 2011 – limites e procedimentos para empenho de despesas com**  
87 **diárias e passagens -** A Secretaria-Executiva do CNS informou que, em cumprimento à deliberação  
88 do Plenário do CNS, foi solicitado parecer à CONJUR e o entendimento desta Consultoria é que o  
89 CNS deve cumprir o Decreto nº. 7.446, uma vez que o Conselho faz parte do organograma do  
90 Ministério da Saúde. Lembrou que o déficit orçamentário do CNS para diárias e passagens era de R\$  
91 1,57 milhão e, após negociação, conseguiu um crédito de R\$ 500 mil e a exclusão do orçamento do  
92 Conselho do montante previsto para a 14ª CNS (R\$ 722 mil). Portanto, nova negociação seria feita em  
93 relação ao déficit de R\$ 350 mil para cumprir o planejamento do CNS. Na lógica de reduzir custos,  
94 lembrou que o Pleno decidiu que participarão das CMS e CES da 14ª os conselheiros do estado, a  
95 não ser que a conferência municipal ou estadual arque com as despesas do conselheiro. Também  
96 esclareceu que, junto com a representação dos demais conselhos da Esplanada, conversou com o  
97 Ministro da Secretaria-Geral da Presidência, **Gilberto Carvalho**, sobre a possibilidade de não aplicar  
98 o decreto em relação aos conselhos e ele comprometeu-se a conversar com a Presidência da  
99 República a esse respeito. e) **SEMINÁRIO DE ALINHAMENTO ESTRATÉGICO DA SECRETARIA-**  
100 **EXECUTIVA DO CNS. Data:** 19 e 20 de maio de 2011. **Local:** Hotel Fazenda RM (imersão). Os  
101 integrantes da Mesa Diretora do CNS foram convidados a participar da atividade. **Encaminhamento:**  
102 **não houve manifestação contrária à proposta.** f) **DIA INTERNACIONAL DO CELÍACO: 15 de**  
103 **maio.** Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**, além de convidar os conselheiros para participar das  
104 atividades comemorativas da data, solicitou pauta para apresentar o produto do GT da Doença  
105 Celíaca. **Encaminhamento: remeter à Mesa Diretora do CNS a solicitação de pauta para**  
106 **apresentação do produto do GT da Doença Celíaca.** Na sequência, foi aberta a palavra para  
107 informes dos demais conselheiros. Conselheiro **Júlio César Caetano** informou que 19 de maio de  
108 2011 é o Dia Internacional de Luta contra as Hepatites Virais e o movimento social está promovendo  
109 articulação no sentido de estimular o teste de detecção. Conselheiro **José Carrijo Brom** registrou que  
110 o Núcleo de Estudos de Saúde Pública promoverá um ciclo de debates sobre saúde do trabalhador,  
111 de 27 a 29 de junho de 2011. Também falou da sua discordância com a decisão da Secretaria de  
112 Direito Econômico do Ministério da Justiça, que, no seu modo de ver, extrapolou ao impedir a  
113 categoria médica de se manifestar publicamente em defesa de seus direitos. Inclusive, destacou que  
114 são mais de sessenta ações contra essa categoria que se mobiliza por se sentir prejudicada.  
115 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** registrou que 28 de maio é o dia internacional de ação  
116 pela saúde da mulher e solicitou que o Ministério da Saúde divulgasse uma nota a esse respeito.  
117 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou o início das comemorações do dia do assistente

social, 15 de maio. Conselheira **Jurema Werneck** informou que: 12 de maio é o dia do profissional de enfermagem; e, nos dias 3 e 4 de maio, o Ministério da Saúde realizou a oficina "Comunicação, Saúde e Tuberculose", com o objetivo de debater estratégias de comunicação sobre a tuberculose. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** falou da nova catástrofe ocorrida no seu Estado (Recife) e solicitou a ajuda de todos. Conselheiro **Willen Heil e Silva** informou o Pleno sobre as consultas públicas acerca do Programa de Avaliação para Qualificação do SUS e rol de procedimentos da ANS e sugeriu uma recomendação do CNS solicitando ampliação do prazo das duas. Também fez menção à decisão do STF que reconhece a união estável para casais do mesmo sexo e cumprimentou todas as mães pelo dia. Conselheira **Lígia Bahia** informou que foi lançada, com a presença do Ministro da Saúde, edição especial da revista The Lancet, que traz exclusivamente matérias sobre a saúde no Brasil e sugeriu que o CNS paute os trabalhos publicados na revista. Distribuiu alguns exemplares aos conselheiros e comunicou que a revista estava disponível no site do Lancet. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** esclareceu à Conselheira Maria Cristhina Biz que, na última reunião do CNS, houve debate sobre atenção básica e foi aprovada resolução, mas não há nova política a ser lançada. Disse que a novidade refere-se à porta de entrada a fim de que esta seja a mais acolhedora possível e amplie o acesso. Conselheira **Maria Cristhina Biz** agradeceu os esclarecimentos e ressaltou que é preciso socializar os ajustes a serem feitos na Política. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou que é preciso pautar debate no CNS sobre a reformulação da Política de Atenção Básica. **Encaminhamento: pautar debate no CNS sobre os ajustes que serão feitos na Política de Atenção Básica.** Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** comunicou que serão realizadas solenidades para entrega dos equipamentos do Programa de Inclusão Digital, no dia 29 de maio, em Fortaleza e, no dia 2 de junho, em Brasília e a intenção é entregar todos os equipamentos até agosto de 2011. Antes de passar para o próximo informe, a mesa encaminhou a proposta de sugerir a ampliação do prazo das consultas públicas sobre Programa de Avaliação para Qualificação do SUS e rol de procedimentos da ANS. **Encaminhamento: A SE/CNS redigirá ofício do CNS ao Ministério da Saúde solicitando ampliação do prazo das duas consultas públicas.** a) **APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO EVENTO REALIZADO EM PRETÓRIA, ÁFRICA DO SUL, NOS DIAS 25 E 26 DE MARÇO DE 2011, SOBRE DIREITO À SAÚDE** - Conselheira **Maria Laura Bicca** apresentou o relatório do encontro em Pretória, África do Sul sobre direito à saúde "Estratégias para a aceleração e unificação de campanhas pelo direito à saúde". Explicou que o objetivo principal da atividade foi discutir a oportunidade de lançar uma campanha mundial pela adoção de uma convenção-quadro pelo direito humano à saúde e pela universalização de sistemas de saúde gratuitos. Disse que a delegação do CNS na África do Sul foi composta por ela e pela Conselheira Maria Thereza Antunes. Ressaltou que, na oportunidade, fez uma apresentação sobre o SUS e aspectos da política pública brasileira em saúde que costumam ser referência no exterior. Detalhou que as conclusões do encontro foram as seguintes: 1. Organizações da ONU, tais como a própria OMS, caso o processo não seja liderado pela própria organização; processos de "concorrência" entre as próprias organizações, como ocorre, em ocasiões, entre a área de AIDS da OMS e a UNAIDS poderiam também prejudicar o processo; 2. Multinacionais farmacêuticas; 3. Governos dos EUA (pela conjuntura atual de predominância do ponto de vista dos republicanos no congresso norte-americano sobre a proposta democrata de seguro universal de saúde) e do Reino Unido (pela conjuntura atual de redução interna de gastos em saúde e certa resistência em ampliar a ajuda ao desenvolvimento); e 4. Igrejas e movimentos contrários a questões relacionadas ao planejamento familiar e aos direitos reprodutivos (inclusive aborto), temas cujo debate seria necessariamente reaberto ao se tratar de uma convenção sobre o direito à saúde. A esse respeito, alertou-se para o fato de um possível incremento da criminalização dos direitos da mulher em alguns países africanos, da América central e Paquistão, dependendo dos resultados dessas discussões. Ressaltou que os contrários à adoção de um marco regulatório global defenderam uma agenda mais pragmática de fortalecimento das estratégias nacionais, sobretudo no que se refere à identificação de fontes alternativas de recursos. Segundo a representante da ONG "Medico International", se há 20 anos os movimentos nacionais de luta contra a AIDS tivessem se dedicado à elaboração de um marco regulatório global, ao invés de trabalhar em prol de fundos e políticas nacionais, talvez os êxitos no combate à pandemia fossem menores e estaria esperando a convenção até hoje. A grande maioria, entretanto, defendeu a utilidade de uma convenção-quadro, que poderia ser utilizada pelos estados que não contam com sistemas de saúde próprios universais como referência, assim como pela sociedade civil como ferramenta para responsabilizar, inclusive judicialmente, os estados que a ratificaram, mas não implementaram seus princípios. Disse que a expectativa em relação ao Brasil é de Termos de Cooperação e Solidariedade e falou da proposta de convidar organizações da sociedade civil sul-africana para participarem, como observadores, da 14ª CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a conselheira pela apresentação e chamou a atenção para a importância de todos apropriarem-se do relatório da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Conselheira **Maria Laura Bicca** agradeceu o CNS pela oportunidade e destacou o esforço e o apoio da Embaixada do Brasil à

180 delegação do Conselho. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** falou da iniciativa do governo de  
181 fortalecer a relação com a África, com destaque a ações estruturantes, reforçando a perspectiva de  
182 solidariedade internacional entre os povos. **c) INDICAÇÃO PARA COORDENAÇÃO E**  
183 **COORDENAÇÃO-ADJUNTA DA CIST** – Conselheira Maria Isabel da Silva, coordenadora, e  
184 Conselheira Ana Cristhina Brasil, coordenadora-adjunta, deixarão de ser conselheiras. Conselheira  
185 **Maria Isabel da Silva** indicou o Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** para coordenação e a  
186 Conselheira **Maria Erminia Ciliberti** para coordenação-adjunta. **Deliberação: aprovada a indicação**  
187 **do Conselheiro Jorge de Almeida Venâncio para coordenação da CIST, em substituição à**  
188 **Conselheira Maria Isabel da Silva; e a indicação da Conselheira Maria Erminia Ciliberti para**  
189 **coordenação-adjunta, em substituição à Conselheira Ana Cristhina Brasil.** Antes de passar para  
190 próxima indicação, a Secretaria-Executiva do CNS apresentou as novas conselheiras: **Juneia Martins**  
191 **Batista**, titular, representante da CUT, substituindo o ex-conselheiro Messias de Araújo; e **Flávia de**  
192 **Oliveira B. Brasileiro**, suplente, da FNE. **a) INDICAÇÃO PARA COORDENAÇÃO DA CICIS/CNS.**  
193 **Deliberação: aprovada a indicação do Conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos para**  
194 **coordenação da CICIS/CNS, em substituição à ex-conselheira Silvia Casagrande.** **b) INDICAÇÃO**  
195 **PARA COORDENAÇÃO ADJUNTA DA COFIN.** **Deliberação:** aprovada a indicação do  
196 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** para coordenação-adjunta da **COFIN/CNS**, em  
197 substituição à Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, que deixou a coordenação-adjunta por  
198 conta da determinação do Regimento Interno que cada conselheiro poderá coordenar apenas  
199 duas comissões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou pauta na próxima reunião do CNS para  
200 debater a recomposição das comissões do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**  
201 **Fernandes Camapum**, lembrou que, conforme determinação do Pleno, as comissões se reuniriam e,  
202 posteriormente, o tema seria pautado no Plenário. **d) INDICAÇÃO PARA COORDENAÇÃO DA CIRH**  
203 – A coordenação era exercida por Maria Helena Machado que não é mais conselheira nacional.  
204 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** indicou a Conselheira Ana Estella Haddad para a  
205 coordenação da CIRH, considerando a experiência da conselheira acumulada enquanto diretora do  
206 DEGES e membro da CIRH, o fato de o gestor coordenar apenas duas comissões (o Ministério da  
207 Saúde apenas uma) e a evolução do processo com o gestor à frente da Comissão. Conselheiro  
208 **Francisco Batista Júnior** iniciou salientando que as decisões dos conselhos de saúde devem  
209 nortear-se pelo interesse geral. Lembrou que o CNS segue o pressuposto que as comissões devem  
210 ser coordenadas por segmentos afins ao tema (a comissão de patologias, por exemplo, por uma  
211 entidade da patologia) e, para a CIRH, deve-se seguir essa linha. Recordou que, em 2005, o Plenário  
212 debateu a coordenação da CIRH e o entendimento foi que a Comissão deveria ser coordenada por um  
213 representante dos trabalhadores por ter como objeto de debate os recursos humanos da saúde.  
214 Diante desses argumentos, apresentou o nome da Conselheira Ruth Bittencourt para coordenar a  
215 Comissão. Conselheira **Lígia Bahia** propôs abrir uma rodada de intervenções visando chegar a um  
216 acordo sobre a coordenação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que os propositores conversassem  
217 visando chegar a consenso. **O Pleno decidiu suspender esse ponto para negociações internas e**  
218 **retomar no item da CIRH.** **e) INDICAÇÃO PARA O COMITÊ DO PROGRAMA DE INCLUSÃO**  
219 **DIGITAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE.** **Deliberação:** aprovadas as seguintes indicações:  
220 **Usuário: Gilson Silva; e Trabalhador da saúde: Ruth Ribeiro Bittencourt.** **f) INDICAÇÃO DO**  
221 **CONSELHO EDITORIAL DA REVISTA DO CNS – Proposta de composição:** Assessoria de  
222 Comunicação do Ministério da Saúde: um representante; Secretaria-Executiva do CNS: um  
223 representante; Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS: dois  
224 representantes; e Plenário do CNS: dois representantes. O segmento dos trabalhadores da saúde  
225 indicou o Conselheiro Francisco Batista Júnior. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** indicou o Sr.  
226 **Leônidas Albuquerque** para a vaga da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde.  
227 Conselheira **Lígia Bahia** colocou-se à disposição para contribuir. Conselheiro **Alcides Silva de**  
228 **Miranda** defendeu a inclusão da comunidade científica no Conselho Editorial. Conselheiro **Clóvis**  
229 **Boufleur** sugeriu ampliar para quatro representantes do Plenário, incluindo comunidade científica e  
230 prestadores de serviço. Conselheiro **Nelson Mussolini** colocou-se à disposição para participar do  
231 Conselho Editorial. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** indicou a conselheira Jurema Werneck.  
232 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** destacou a importância de contemplar o conjunto das  
233 representações que compõem o CNS no Conselho Editorial. A Secretaria-Executiva do CNS,  
234 **Rozângela Fernandes Camapum**, aquiesceu a proposta de ampliar para quatro representantes do  
235 Plenário do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou que, formalmente, a comunidade  
236 científica compõe o segmento dos trabalhadores, portanto, convidou os conselheiros desse segmento  
237 para participar das reuniões do FENTAS e debater questões como essa. Conselheiro **Alcides Silva**  
238 **de Miranda** esclareceu que a comunidade científica, por conta da sua particularidade e dinâmica  
239 própria, não consegue participar da reunião do FENTAS, o que não significa autoexclusão.  
240 Conselheira **Lígia Bahia** clarificou que é impossível para um professor, como era o seu caso,  
241 permanecer três dias seguidos em Brasília, portanto, a participação nas reuniões do FENTAS era

242 inviável. Assim, apelou para tolerância às diferenças entre as atribuições laborais de cada um. A  
243 respeito desse item, acordou-se retomar o tema no segundo dia de reunião para ratificar os  
244 nomes. g) RESOLUÇÃO CNS Nº. 380 DE 14 DE JUNHO DE 2007 - COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO  
245 INTESETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA / CISI/CNS - Alteração da vaga da FUNASA para a SESAI.  
246 Deliberação: aprovada a alteração da composição da CISI/CNS. h) INDICAÇÃO DE  
247 REPRESENTANTE DOS USUÁRIOS PARA PARTICIPAR NA QUALIDADE DE "CONVIDADO"  
248 DAS REUNIÕES DO "COMITÊ ASSESSOR DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DOS  
249 CUIDADOS DA OSTEOPOROSE E DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA". A Secretaria-Executiva  
250 do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, recuperou que no debate da CIF o Plenário decidiu  
251 solicitar uma vaga para o CNS (usuário) no Comitê Assessor. Contudo, a área técnica negou a  
252 solicitação, argumentando que se trata de um comitê técnico e informou que, caso necessário, o  
253 Conselho seria convidado. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou o envio da resposta da  
254 área técnica ao Ministério da Saúde para reavaliação na lógica de contemplar a solicitação do CNS.  
255 Conselheira **Jurema Werneck** questionou a justificativa da área técnica para negar a solicitação do  
256 CNS, visto que a sociedade civil possui qualificação técnica e participa de várias comissões desse  
257 Ministério. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, na condição de suplente e com a autorização da  
258 mesa, lembrou que o CNS não indica representante para comitês técnicos, mas, caso essa decisão  
259 fosse reconsiderada, o segmento dos trabalhadores também deveria ser contemplado. A Secretaria-  
260 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, esclareceu que o Pleno aprovou a participação  
261 do CNS no comitê e, além disso, o Plenário reviu a sua decisão de não indicar representantes para  
262 fóruns externos e avaliar caso a caso. Com esse entendimento, lembrou que os conselheiros  
263 Francisco Batista Júnior e Volmir Raimondi foram indicados a participar do comitê consultivo da  
264 ANVISA, representando o CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que está mantida a regra de  
265 que o CNS não participa de comissões externas, salvo excepcionalidades, com é o caso, que seriam  
266 trazidas ao Plenário do CNS para análise caso a caso. No Comitê Assessor, disse que o  
267 representante do CNS participaria como convidado inclusive para manter o Conselho informado dos  
268 debates. Conselheira **Maria Cristhina Biz** sugeriu estreitar a relação da Comissão de Idoso com o  
269 Comitê Assessor, caso o Conselho não fosse contemplado. **Encaminhamento: enviar o documento**  
270 **da área técnica em resposta à solicitação do CNS à representante do Ministério da Saúde no**  
271 **Conselho para avaliação. O assunto será retomado na próxima reunião do CNS.** i) FÓRUM  
272 **INTERCONSELHOS** - A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou  
273 que foi realizada reunião das Secretarias-Executivas dos Conselhos de Políticas Públicas com a  
274 Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República e Secretaria de Planejamento e  
275 Investimentos Estratégicos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para apresentação do  
276 novo modelo de PPA 2012/2015. Na oportunidade, foi aprovada a realização de um fórum  
277 interconselhos para debate do PPA 2012/2015, nos dias 24 e 25 de maio de 2011, em Brasília-DF.  
278 Explicou que foi acatada a participação do CNS nos dois GTs que darão continuidade aos debates.  
279 Disse que são 400 participantes no Fórum e o CNS foi contemplado com quatorze vagas. A proposta  
280 de divisão das vagas é a seguinte: COFIN: 5 vagas - Francisco Rozsa Funcia, Silvio Roberto Leal da  
281 Silva, Fernando Luiz Eliotério, Alcides dos Santos Ribeiro e Sérgio Metzger; Trabalhadores: 4 vagas;  
282 Usuários: 5 vagas. Por fim, registrou a presença de representantes do Ministério do Trabalho nesse  
283 debate. Conselheiro **Clóvis Boufleur** colocou a CNBB à disposição para participar do fórum e  
284 também colocou a expectativa da sociedade de avançar no processo de desburocratização das ações  
285 de saúde e outras ações sociais. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** indicou os seguintes nomes  
286 do segmento dos trabalhadores da saúde: **Eurídice Ferreira de Almeida, Fernanda Magano, Jovita**  
287 **José Rosa e Ronald Ferreira**. Conselheira **Lígia Bahia** aproveitou para registrar a indicação de novo  
288 representante da ABRASCO para COFIN/CNS. **Encaminhamento: aprovadas as seguintes**  
289 **indicações: COFIN (5 vagas): Francisco Rozsa Funcia, Silvio Roberto Leal da Silva, Fernando**  
290 **Luiz Eliotério, Alcides dos Santos Ribeiro e Sérgio Metzger. Trabalhadores (4 vagas): Eurídice**  
291 **Ferreira de Almeida, Fernanda Magano, Jovita José Rosa e Ronald Ferreira. No segundo dia, o**  
292 **segmento dos usuários indicou os seguintes nomes: Abraão Nunes da Silva, Marisa Fúria**  
293 **Silva, Clóvis Boufleur, Edmundo Dzuaiwi Omore e Maria do Espírito Santo Tavares (suplente).**  
294 Diante da presença dos convidados para o próximo item da pauta, a mesa interrompeu a  
295 apresentação das indicações. ITEM 4 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – URGÊNCIA E  
296 EMERGÊNCIA - GT UPA - Apresentação: Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**; e  
297 Conselheiro **Helvécio de Miranda Magalhães**. Coordenação: Conselheiro **Alexandre Rocha Santos**  
298 **Padilha**, Presidente do CNS. A apresentação do GT UPA foi adiada. O primeiro expositor foi o  
299 Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** que fez uma abordagem da análise de conjunta, tendo por  
300 base a Nota Técnica - Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE). Inicialmente, salientou que o  
301 processo de urbanização do país associado ao crescimento econômico, ao envelhecimento da  
302 população e à inclusão propiciada pelo SUS reflete nas Políticas de Direitos Humanos, da Saúde e de  
303 Urgência e Emergência. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi normatizada

304 pela Portaria MS/GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003, iniciando a implantação do SAMU 192 no  
305 território nacional. Atualmente, são 1.051 municípios, atingindo 111.158.583 habitantes, o que  
306 equivale a uma cobertura de 58,05% da população brasileira. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou  
307 a proposta da implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPA e hoje são 109 unidades em  
308 funcionamento custeadas pela esfera federal. O conceito estruturante utilizado é que o atendimento  
309 aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS,  
310 possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o, responsávelmente, para um serviço  
311 de maior complexidade. Isso deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado e regulado, conforme  
312 institui a Política Nacional de Atenção as Urgências, organizando as redes regionais de atenção às  
313 urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade  
314 e responsabilidade. Considerando o perfil epidemiológico, nota-se alta morbimortalidade relacionada à  
315 violência e acidentes de trânsito no Brasil, segundo dados da SVS/MS. As causas Externas (acidentes  
316 e violências) são a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa de morte na faixa  
317 etária de 1 a 39 anos. No Trânsito, o Brasil ocupa o 5º lugar no mundo em mortes provocadas por  
318 incidentes relacionados aos acidentes de trânsitos e atropelamentos, atrás da Índia, China, Estados  
319 Unidos e Rússia. Outro dado relevante em relação aos acidentes de trânsito refere-se ao aumento  
320 crescente e progressivo da taxa de acidentes envolvendo motociclistas em todo o país. Em relação  
321 aos custos, segundo dados do IPEA (2001), em 49 Regiões Metropolitanas/Aglomerados Urbanos, R\$  
322 3.600.000.000,00 foram gastos na atenção às vítimas de acidentes de trânsito: 43% - perda da  
323 produção, 30% - danos à propriedades; 16% - custos médicos; e 11% - outros custos. As violências  
324 interpessoais são primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e acima de 40 anos de  
325 idade. Nos serviços de urgência, estima-se que cerca de 30% atendimentos são por traumas e os  
326 homicídios correspondem a primeira causa de morte de 15 a 35 anos. As principais vítimas da  
327 violência urbana são homens, jovens, negros e, em relação à violência doméstica, as principais  
328 vítimas são mulheres em todos os ciclos de vida. Das internações no SUS em decorrência do trânsito  
329 – ano de 2010, foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo 927.201 (8,2%)  
330 por causas externas (violências e acidentes). O gasto total contabilizado pelo SUS com as internações  
331 por ATT em 2010 foi de R\$ 187.090.173,5. Dentre as internações provocadas pelo trânsito, as  
332 maiores vítimas foram os motociclistas (R\$ 85,5 milhões) seguidos pelos pedestres (R\$ 49,9 milhões).  
333 Os gastos estão concentrados na Região Sudeste, onde ocorre o maior número de acidentes (45,0%).  
334 Além das causas externas, outro problema relevante do ponto de vista epidemiológico, no Brasil,  
335 constitui-se nas doenças crônico-degenerativas. Isso em função do processo de envelhecimento da  
336 população e da transição epidemiológica expressa pela tripla carga de doenças (persistência das  
337 doenças infecto-contagiosas e doenças maternas e neonatais evitáveis e crescimento progressivo das  
338 doenças crônicas no perfil de morbimortalidade). Em relação às últimas, observa-se um aumento na  
339 prevalência e incidência de doenças crônicas, especialmente do aparelho circulatório, como Infarto  
340 agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico (AVE). Segundo a OMS, a doença arterial  
341 coronariana (DAC) é a principal causa de óbito no mundo inteiro, com maior impacto clínico e  
342 financeiro (OMS, 2010). Desta forma, considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à  
343 saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e  
344 emergências, o Ministério da Saúde propõe uma reformulação da política no sentido de se trabalhar a  
345 Rede de Atenção à Urgência e Emergência-RUE. A atenção às Urgências trata-se de tema complexo,  
346 que não deve ser tratado de forma pontual e por um único tipo de serviço. Desse modo, no âmbito do  
347 SUS, as urgências devem ser abordadas a partir da constituição de uma Rede Atenção que atravesse  
348 os diversos níveis de complexidade do sistema, além de comportar vários serviços diferentes,  
349 organizados a partir das necessidades dos usuários. Ressaltou que Rede de Atenção é aqui  
350 entendida como arranjos organizativos de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas,  
351 funcionando de forma integrada (BRASIL, 2010). Desse modo, integram a Rede de Atenção às  
352 Urgências desde salas de observação, funcionando na Atenção Primária à Saúde até os leitos de  
353 retaguarda nos hospitais, Unidades de terapia Intensiva, Unidades Coronarianas (UCOS), passando  
354 pela organização do SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e similares, portas de entrada  
355 nos hospitais, Programa de Atenção Domiciliar etc. Outro ponto fundamental da RUE é a criação da  
356 Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). A Força Nacional de Saúde do SUS  
357 busca aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou  
358 emergenciais para populações com maior vulnerabilidade, incluindo, os povos indígenas e populações  
359 de difícil acesso, dentre outros, pautando-se pela equidade na atenção considerando seus riscos. A  
360 gama complexa de pontos de atenção à saúde conformando uma rede multifacetada; o trabalho em  
361 parceria e de forma horizontal de todos os pontos da rede e a coordenação das ações por meio de  
362 uma gestão eficiente, sustentada por uma central de regulação bem estruturada, são alguns dos  
363 pontos a serem abordados por uma política de atenção às urgências, para dar conta de sua dimensão  
364 e complexidade. Nesta direção, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a  
365 finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o

366 acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de  
367 saúde de forma ágil e oportuna. Na perspectiva da integralidade da atenção, outro ponto que não  
368 deve ser esquecido e que impacta diretamente no crescente demanda de atendimento às urgências é  
369 o componente da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Sejam as  
370 campanhas de prevenção aos acidentes de trânsito, a implementação da política de promoção da  
371 saúde e os programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, todas essas  
372 estratégicas impactam em médio e longo prazo na condição de saúde dos cidadãos. Um modelo de  
373 atenção à saúde que tenha uma atenção primária resolutiva como primeiro nível de atenção à saúde e  
374 como ordenadora do sistema, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção  
375 da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugado a uma política de atenção às  
376 urgências baseada na conformação de uma Rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se  
377 constitui em uma ferramenta para o enfrentamento da situação atual. Para implementação da Rede de  
378 Atenção à Urgência e Emergência-RUE no SUS será imprescindível o envolvimento e apoio dos  
379 gestores e sociedade organizada. Está em processo de discussão e negociação com CONASS e  
380 CONASEMS, assim como com o Conselho Nacional de Saúde para avaliação de sua  
381 operacionalização. Há que se ampliar a discussão para o conjunto dos atores sociais do SUS e  
382 sociedade organizada para garantia de uma política pública de saúde que incorpore a discussão da  
383 urgência e emergência dentro do contexto das redes de atenção à saúde. Na sequência, Conselheiro  
384 **Helvécio de Miranda Magalhães** fez uma apresentação sobre a implementação da Rede de Atenção  
385 às Urgências e Emergências – RUE, que está em processo final de negociação. Explicou que a Rede  
386 de Atenção às Urgências e Emergências – RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os  
387 equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários  
388 em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Detalhou os  
389 componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Promoção e prevenção;  
390 Atenção primária: unidades básicas de saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU  
391 192; Portas hospitalares de atenção às urgências; Enfermarias de Retaguarda e Unidades de  
392 Cuidados Intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias; e Atenção domiciliar.  
393 O foco é o acolhimento com classificação de risco e resolutividade e o eixo organizador da RUE e das  
394 outras redes de saúde é a atenção primária. Ainda sobre os componentes e interfaces da Rede,  
395 destacou a importância da promoção e prevenção, do acolhimento, da qualificação profissional, da  
396 informação e da regulação. Salientou que as causas externas e a doença arterial coronariana-DAC  
397 têm impacto na urgência e destacou a transição demográfica do Brasil, o que tem impacto assistencial  
398 e econômico para o país (hoje o país está no bônus demográfico que tem impacto positivo na  
399 economia). Enfatizou o impacto das doenças crônicas no número de óbitos do país (67%), seguidas  
400 das cardiovasculares e das neoplasias. Citou a doença arterial coronariana-DAC e infarto agudo do  
401 miocárdio (IAM) que é a principal causa de óbito no mundo inteiro e com maior impacto clínico e  
402 financeiro (OMS,2010). Estima-se entre 300 a 400 mil o número de IAM e que a cada 5-7 casos ocorra  
403 um óbito. Além disso, dos óbitos fora do hospital, cerca de 30% morrem antes de ter cuidados  
404 médicos e há altas taxas de mortalidade hospitalar por IAM no SUS. No componente da atenção  
405 primária, falou da implantação da sala de observação, um ambiente da UBS destinado ao atendimento  
406 de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de  
407 urgência/emergência, no período de funcionamento da unidade, articulado e conectado aos outros  
408 serviços da rede de atenção às urgências, para posterior transporte e encaminhamento. Na ausência  
409 de pontos contínuos de atendimento, serão implantadas as salas de estabilização acopladas à  
410 atenção primária até a chegada o recurso ou transporte. Sobre o SAMU 192 - Serviço de Atendimento  
411 Móvel de Urgência, destacou a preocupação desse Ministério com a qualificação dos serviços. Disse  
412 que o Ministério da Saúde arca com cerca de 30% do custo e a proposta é ampliar os recursos para  
413 sustentação do serviço. Também comentou a proposta de Força Nacional de Saúde FN-SUS com as  
414 seguintes justificativas: situações que exigem maior participação do poder público; catástrofes que  
415 envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza  
416 epidemiológica; situações que demandam ajuda rápida, com atendimento médico especializado e  
417 apoio logístico; e, excepcionalmente, atuar em eventos com grande concentração de pessoas, como a  
418 Copa do Mundo de 2014 e Olimpíadas de 2016. Acrescentou que serão equipes capacitadas e  
419 distribuídas em todo território nacional; pronto emprego de profissionais nas cinco regiões do país,  
420 bem como três Centros, sendo um na capital nacional, de envio de materiais e hospital de campanha  
421 (Brasília, Manaus e Recife); e cada centro terá condições de envio de Hospitais de campanha e  
422 materiais para assistência. O centro mais próximo do desastre será acionado. Sobre as Unidades de  
423 Pronto Atendimento – UPA, explicou que o Ministério da Saúde fará mudança e reconhecerá os  
424 diversos serviços e será cumprido compromisso de governo de quinhentas unidades com serviços  
425 novos ou adaptados ao padrão UPA. A respeito das portas de entrada, disse que são 231  
426 estabelecimentos hospitalares selecionados e distribuídos por 151 municípios das 27 UFs que  
427 merecem acompanhamento permanente (performance, ocupação de leitos, qualidade...) Ressaltou

que há um programa para portas de entrada voltado à adequação física e tecnológica, intervenção no processo de trabalho, monitoramento da qualidade. Considerando a população dos 151 municípios, a inserção de 65 destes municípios nas 36 RM e 3 RIDE e a inserção regional dos 86 municípios, a população beneficiada corresponde a 127.080.850 habitantes (66,63% da população Brasil). Ressaltou que não foram considerados os Hospitais Federais e Hospitais Universitários Federais para fins de financiamento. Para fins da rede são: 231 + 46 HUfederais + 6 hospitais RJ + 3 institutos + GHC = 287 portas de entrada de urgência. Salientou ainda duas linhas de cuidado nas regiões onde foram implantados o Sistema: Cardiologia – IAM e Neurologia/Neurocirurgia – AVE. Sobre os leitos, explicou que foi identificada má qualidade e baixa utilização dos leitos de retaguarda. Assim, além de monitorar a taxa de ocupação, o Ministério da Saúde propõe a criação de incentivo a ser acrescido no contrato para hospitais disponibilizarem unidades específicas para pacientes críticos como retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pontuação com os gestores: novo valor referência de R\$ 1000 (MS custeará 80% do custo). Por fim, falou do componente Atenção domiciliar, explicando que a proposta de referência é uma equipe de Atenção Domiciliar – AD para cada 100.000 habitantes, sendo 1.907 equipes de Atenção Domiciliar para o Brasil. A proposta de implantação é a seguinte: 2011 a 2014 – 250 equipes por ano (Total até 2014: 1000); 2015 a 2017 – 227 equipes por ano; 2018: 226 equipes. Ressaltou que o incentivo mensal para a cada equipe de AD é R\$ 41.700,00, sendo 80% de recursos federais. Por fim, solicitou que o CNS acompanhe essa política que enfrenta um dos pontos críticos do SUS. Considerando o avançado da hora, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu remeter o tema para debate na próxima reunião do CNS, possibilitando análise dos fóruns e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. **Deliberação: retomar o tema urgência e emergência na próxima reunião do CNS, assegurando o tempo necessário ao debate. Na oportunidade, será feita a apresentação do relatório do GT UPA que fora retirado da pauta porque chegou fora do prazo regimental.** Com essa definição, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, Conselheiro **Wilson Valério Lopes** informou o Pleno sobre a realização do 11º Congresso da CONAM e solicitou a indicação de um representante do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** falou da má gestão da prefeitura de Natal com processos de terceirizações e destacou, em especial, a terceirização dos serviços de combate à dengue. Explicou que foi contratada, por terceirização, uma empresa de Pernambuco para combate à dengue no valor de 8 R\$ milhões com duração de três meses. Por conta disso, houve um movimento conjunto do controle social e do Ministério Público e o Tribunal de Contas e o MP manifestaram-se contrários à terceirização. Como resultado, disse que naquele dia foi publicado cancelamento do contrato e a prefeita exonerou o secretário de saúde que estava à frente do processo de terceirização em Natal.

**ITEM 5 – HEPATITES C E D - Apresentação:** **Evaldo Stanislau Affonso de Araújo**, Assistente-Doutor da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HC-FMUSP; **Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS; **Antônio Alves de Souza**, Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS. **Coordenação:** Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o Assistente-Doutor da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HC-FMUSP, **Evaldo Stanislau Affonso de Araújo**, com abordagem sobre a hepatite C. Iniciou declarando que, nos últimos meses, recebeu honorários como palestrante, consultor e pesquisador, assim como apoio para participação em eventos científicos e declarou ser filiado ao Partido dos Trabalhadores. Disse que a sua intenção era advogar pelas causas das hepatites virais, por se tratar de uma questão de saúde pública que necessitava ser de relevância. Explicou que, em 2002, foi realizado o I Encontro Nacional do Movimento Social das Hepatites Virais que resultou na “Carta de Santos”, sendo uma iniciativa das ONGs. Para contextualizar, falou dos aspectos gerais sobre a hepatite C: histórico, prevalência, mortalidade, transmissão e consequências. Esclareceu que o vírus da hepatite foi descoberto em 1989 e hoje são aproximadamente 3.9 milhões de pessoas infectadas nos EUA, aproximadamente 35.000 novos casos anuais, 85% dos novos casos se tornam crônicos, 10.000-20.000 mortes associadas ao HCV por ano e a estimativa é que esse número triplique nos próximos 10-20 anos. Além disso, é a principal causa de doença crônica de fígado, cirrose, câncer de fígado e transplante de fígado. Explicou que o inquérito produzido pelo Programa de Hepatites mostrou prevalência maior nas pessoas idosas e a média é de 2 a 3 milhões infectados cronicamente, predominantemente pelo genótipo 1. Citou a manchete da Folha de Saúde, de 14 de agosto de 2005, destacando que a mortalidade por hepatite C na época era a que mais crescia no país e destacou que dados do Ministério da Saúde apontam a cirrose hepática e outras doenças do fígado como oitava causa de mortes em homens. Também ressaltou que, no geral, as moléstias infecciosas reduzem, mas as hepatites virais apresentam crescimento na mortalidade. Segundo dados do DATASUS, há um aumento progressivo até 2006 da mortalidade decorrente de hepatites virais. Citou ainda dado recente publicado pelo Ministério da Saúde mostrando os óbitos por Hepatites Virais: 1999-2009: 20.073 (70% por VHC) e mostrou um gráfico que demonstra a tendência da mortalidade anual (EUA) por VHC (1995-2004), que é crescente e predominante no sexo masculino. Acrescentou que, basicamente, a transmissão do VHC é parenteral, podendo ser transmitida por relação sexual e há um contingente

considerável que não se sabe a forma de transmissão. Chamou a atenção para a importância da triagem sorológica, destacando que a partir desta a hepatite transfusional desapareceu. Detalhou que no Brasil a transmissão das hepatites virais ocorreu por sangue contaminado (30% - antes de 1993), por uso de substâncias injetáveis ou inaladas (30%) e por maneira desconhecida (40%). Salientou que é preciso atenção para a questão da idade e citou que, na cidade de São Paulo, a prevalência geral de Anti-HCV é 1,4 % e a prevalência entre 50-59 anos é de 3,8%. Segundo dados do DATASUS, em diferentes faixas etárias, os picos de contaminação se dão nas pessoas com maior idade, portanto, é necessária ação pró-ativa e intervir antes que o problema aumente. Explicou que a população idosa de hoje foi exposta a uma assistência à saúde de má qualidade, a sangue sem triagem e são essas as pessoas que mais têm hepatite e precisam de intervenção. Destacou que a notificação por faixa etária é maior a partir dos 40 anos de idade. Enfatizou o crescimento da população com mais de 65 anos e a modificação da base demográfica do Brasil: em 2020, 200 milhões (quase 10% da população terá mais 65 anos) e, em uma projeção, serão 800.000 potenciais cirróticos (20 milhões = 4% HCV) somente nessa faixa etária. Segundo, falou dos impactos assistenciais da hepatite, explicando que, em comparação a outras doenças, a pessoa com doença hepática permanece mais tempo internada e custa muito. Nos Estados Unidos, observa-se também que, em comparação a outros agravos, a hepatite C demanda mais assistência, portanto, o impacto econômico é considerável. Acrescentou ainda que o hepatocarcinoma (HCC), entre os cânceres, é a mortalidade que mais cresce nos EUA (associação direta do vírus da hepatite C com a etiologia do tumor hepático). No Brasil, a situação é semelhante: 98% associados a cirrose hepática e percepção do aumento da incidência do HCC no Brasil. Acrescentou que 51% dos pacientes que aguardavam por transplante de fígado no HC eram por hepatite C e observa-se número crescente de transplante de fígado e aumento no consumo de drogas antirrejeições. Segundo, mostrou fotos para ilustrar os impactos clínicos e as consequências da hepatite C. Destacou que a história natural da hepatite C mostra pacientes crônicos e assintomáticos e a grande parte dos pacientes tornar-se-ão portadores crônicos, 20 a 50% vão evoluir para cirrose, aproximadamente 20% para câncer, 20% desenvolverão insuficiência hepática e serão candidatos a transplantes. Reiterou que a falta de sintomas é regra na hepatite C, portanto, é necessário alerta do clínico na ponta. Sobre os impactos, disse que hoje somente se vê um pequeno pedaço do problema, pois a grande maioria dos infectados desconhecem a sua condição. Ressaltou que, quanto maior a duração da infecção, maior é o risco de complicações, por isso, idosos têm mais chances de complicações. Ressaltou que nos Estados Unidos espera-se até 2020/2030 picos das descompensações e aumento dos casos de câncer de fígado. Ressaltou dois momentos distintos: hoje: pico da incidência – epidemia de diagnóstico; e 2020/2030: pico das complicações. Destacou a diminuição da transmissão aguda (declínio entre os usuários de drogas) e hoje a hepatite é uma doença de grupos selecionados, assim, o problema atual é a consequência da infecção. Nos EUA, por exemplo, de cada cem pacientes diagnosticados, apenas dez são tratados. No Brasil, observa-se uma rede concentrada na região mais rica do Brasil (“Cinturão do HCV”), portanto, falta capilarização da assistência. O Estado de São Paulo possui 70% de toda a produção do SUS associada ao HCV. Também falou das iniquidades no que se refere à hepatite: acesso ao médico, acesso a exames e acesso a terapia. Chamou a atenção ainda para a burocracia que impede ao paciente do SUS ter acesso ao medicamento (segundo pesquisa de ONG, 70% dos pacientes tratados são oriundos da assistência suplementar). Portanto, ressaltou que iniquidade, seu nome é hepatite. Sobre a terapia, explicou que a eficácia da terapia atual PegIFN + RBV (terapia guiada pela resposta) é de 50%, entretanto, há maneiras de prever o sucesso na terapia. Explicou que a Associação Européia de Fígado recomenda a terapia guiada pela resposta para otimizar inclusive a duração da terapia. Ressaltou que a questão da genética tem ganhado importância e se trata de uma questão preocupante no Brasil visto que, dados preliminares, mostram que 80% dos pacientes têm perfil genético desfavorável. Comentou a questão da comorbidades em uma população HCV+, destacando que, nos Estados Unidos, 16% dos pacientes com hepatites apresentam até sete comorbidades: hipertensão, diabetes, doença mental e outras. Assim, é preciso preparar-se para lidar essa situação. Salientou que a terapia evoluiu, mas a resposta é inferior àquela projetada nos estudos clínicos. É preciso melhorar a efetividade da terapia, pois a simples ampliação da base da pirâmide (novas terapias/inclusão) não trará maior benefício. Detalhou que, para a melhora da terapia, são necessárias políticas públicas voltadas à melhoria da diagnose e inclusão, qualificação de cuidadores (ferramentas eletrônicas) e abordagem multiprofissional, além de melhores drogas. Ressaltou que, como os DAAs, há a expectativa de melhorar a RVS, mas podem haver algumas desvantagens e novos desafios no manuseio. Ressaltou que a visão deve ser holística: terapia é uma parte mínima (e mal resolvida) do problema. Pode-se tratar de complicações comportamentais; álcool, drogas; co-infecções: HIV, HBV, HVA; alterações metabólicas; NASH/NAFLD; diabetes; dislipidemias, idosos; populações excluídas (moradores de rua, encarcerados, institucionalizados, doença mental); e multidisciplinaridade. Ressaltou que as hepatites virais são diferentes do HIV, destacando, em especial, que a noção de vulnerabilidade é completamente distinta. Avaliou que há um retrocesso político, de gestão e técnico

em relação à condução das hepatites e é preciso avaliá-lo: 2002: Portaria 263, de 5 fevereiro: criação do PNHV; 2005: Lei Federal 11.255, de 27 de dezembro: "Lei das Hepatites", define as diretrizes da política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de hepatite, em todas as suas formas, no âmbito do SUS; 2009: Integração PNHV ao Departamento de DST-Aids; 2010: Moção Brasileira OMS: Dia Mundial das Hepatites Virais – Resolução OMS 63.18: 28 de julho ou data do país – alerta e ações; 2010: "Extinção" do PNHV"; 2011: Matrizes Assistenciais Departamento; 2011: Movimento Social das HV: Por um PNHV Forte e Independente!; e 2011 Mundo: OMS/EASL/WHA: união, alerta, ação! Salientou que o Encontro de Fígados chamou a todos para ação após a resolução da OMS, proposta pelo Brasil, contudo, o país não participou do encontro. Na sua avaliação, o Brasil teria que ter participado do Encontro, pois, a exemplo do que foi feito em relação a AIDS, o país tem condições de dar resposta à questão da hepatite. Ressaltou que, no Brasil, tem sido feita vigília pelas vítimas, algumas famosas e outras milhares de anônimas e não-notificadas. Enquanto isso, há bons exemplos em outros países, planejamento na França para novas terapias em 2012, por exemplo. No Brasil, é necessário planejamento e visão holística, além de políticas específicas. Ressaltou que falta foco, integração e competência para interagir melhor e mais objetivamente para obter resultados e é preciso estruturar, fortalecer e qualificar a Rede de Assistência, incluir, priorizar (idosos, populações marginalizadas, doentes mentais); planejar cronograma, orçamento, metas, DAA's; e internacionalizar - cooperação e visibilidade. Disse que as expectativas são as seguintes: que o CNS e o atual Ministro da Saúde reavaliem o estado das coisas e de forma plural, prioritária e tecnicamente adequada, dêem à questão das hepatites virais a necessária visibilidade e atenção; que o CNS recomende ao MS a urgente recriação de um PNHV efetivo que tenha planejamento temporal (e não ações de varejo), visão holística e estratégica sob pena de uma avalanche de ações judiciais para novas terapias, uso inadequado das mesmas e o contínuo incremento nas mortes decorrentes das hepatites virais; e que os princípios do SUS sejam respeitados na questão das hepatites virais onde há um marcante acesso desigual entre o paciente SUS e o paciente oriundo da Saúde Suplementar. Por fim, mostrou uma foto de encerramento do seminário HC 20 anos: união pela vitória. Ressaltou que todos na foto tem algo em comum: o amor. Amam e dedicam-se ao enfrentamento das hepatites virais. E o amor constrói. Não é o poder que constrói. Não é a centralização arrogante, a pseudo-participação popular (que intimidada apenas legitima idéias e vontades centrais). É necessário despertar essa nova consciência. Se HIV-Aids foi e é a causa de muitos, passa da hora de reconhecer as HV como problema ainda maior e mais complexo. A triste e desconfortável realidade é que o tempo passa. Os pacientes morrem. E o problema se reduz, se restringe a grupos específicos, mas a memória fica. A consciência pesa. É hora de agir...Por um PNHV forte e autônomo! O segundo expositor foi o Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, que tratou das hepatites virais na população indígena. Iniciou contextualizando que, em comunidades indígenas, devem ser considerados aspectos históricos e antropológicos, que envolvem a formação de cada povo e de práticas culturais como forma de manutenção das viroses nas comunidades, bem como as formas de representação social do processo saúde-doença. Estima-se a existência de cerca de 360 milhões de portadores de infecção ativa pelo vírus da hepatite B mundialmente, o que a torna talvez a infecção viral com maior impacto na saúde do homem em certas regiões. A doença tem um espectro que varia da infecção aguda fatal a quadros de doença crônica como portador crônico assintomático, hepatite crônica, cirrose hepática e carcinoma primário do fígado. Explicou que no Amazonas, apesar de serem descritas reduções na prevalência global de portadores, ainda são observadas taxas de endemicidade moderada e elevada indicando falha na proteção de indivíduos suscetíveis. Fez um histórico da hepatite B na Amazônia: anos 70 - alta prevalência do VHB (até 15% de portadores HBsAg +) - populações ribeirinhas; anos 80 - surtos de hepatite grave, com casos fatais em populações ribeirinhas do Acre e Amazonas, implicação da co-infecção B + Delta; e anos 80 (CDC) - Amazônia venezuelana; surto em indígenas, tendo como porta de entrada a escabiose - implicação da co-infecção B + Delta. Esclareceu que a primeira onda identificada foi na Amazônia (Ministério da Saúde, Brasil (1989, 1990), com início do processo de vacinação de grupos de risco, profissionais de saúde e crianças dos Estados do Acre e Amazonas. Sobre a prevalência do VHB na população indígena, explicou que a prevalência por idade sugere que tanto a transmissão vertical como a horizontal (a última entre os adultos) são rotas importantes de transmissão nesta comunidade. Ressaltou que Coimbra e Cols (1999) estudaram quatro populações indígenas da Amazônia Brasileira - Gavião, Suruí, Zoró e Xavante - com taxas de positividade para os marcadores do VHB (HBsAg, anti-HBs e/ou anti-HBc) variantes de 62.8 a 95.7%. Explicou que as altas taxas de positividade nos grupos indígenas, como também para outras populações amazônicas, estão relacionadas às complexas práticas culturais que aumentam a probabilidade de transmissão do HBV através do sangue (escrificações; tatuagens; e processo mastigação da comida, entre outros). Explicou que padrões de interação entre os fatores socioculturais e ambientais faz com que a infecção pelo HBV assuma um perfil específico em sociedades amazônicas nativas. Detalhou que, na população indígena Waorani, Bacia Amazônica – Equador (1998), 54% das pessoas com icterícia (58) e 14% das assintomáticas

(105) tinham HBsAg positivo; 95% dos assintomáticos tinham anti-HBcIgG positivo versus 98% dos com icterícia; e 70% de positividade para o anti-delta (16/23), sendo 69% em crianças. Também estudo realizado em 2000 na etnia Xaciabá – MG, verificou: 0.5% para HBsAg; 2.9% de anti-HBc; 62.5 de anti-HBs; e 0.5% de anti-HCV. Em 1999, outro estudo de 312 indígenas da reserva Buriti, Córrego do Meio e Água Azul, localizados nos municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, 100 km de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, observou: nenhuma amostra foi positiva para o HBsAg ou anti-HCV; 2.2% de positividade para o anti-HBcT; e 13.6% de positividade para o anti-HBs, que resulta da imunidade adquirida artificialmente através da vacinação. Estudo da prevalência dos VHB, VHC, VHD e HIV em quatro Pólos-Base indígenas dos estados do Acre e no sul do Amazonas, em de 2003, verificou, do total de 433 amostras: Pólo Base Tarauacá – 64,0% (277); Pólo Base Cruzeiro do Sul – 16,6% (72); Casa do Índio – 6,7% (29); e Pólo Base Boca do Acre – 12,7% (55). Nos indígenas Karitiana (n = 119), Estado de Rondônia, sudoeste da Amazônia Brasileira, outro estudo mostrou a prevalência de 16.1% de anti-HBs; 35.3% de anti-HBc; 3.4% de HBsAg; e 1.7% Anti-HCV. Também apresentou alguns resultados da investigação de casos e casos e óbitos por doença febril ictero-hemorrágica aguda, realizada no Vale do Javari-AM, em 2003, destacando, inicialmente, as considerações para realização desta investigação: pouca qualidade das informações; precário apoio laboratorial; presença de malária Falciparum; evidências de hepatite B e D; e presença de casos de hepatite fulminante. Explicou que a SESAI, em programa de rastreamento de portadores do VHB e VHD entre indígenas do Vale do Rio Javari, para selecionar indivíduos candidatos a tratamento antiviral, detectou uma prevalência de 50,2% de indivíduos com perfil de contato com o VHB e prevalência global de portadores do antígeno de superfície do VHB (HBsAg) de 7,8%, sendo que 55% destes apresentavam sorologia indicando serem também portadores do VHD. Estes indicadores epidemiológicos mostraram padrão heterogêneo em relação à distribuição de portadores do HBsAg por etnia, 9,1% entre os Mayoruna, 8,6% entre os Marubo, 6% entre os Matis e 5,5% entre os Kanamary, revelando que a situação epidemiológica na região merece ainda ação prioritária de intervenção por parte das autoridades sanitárias. Diante desse diagnóstico, a SESAI, em parceria com a Fundação de Medicina Tropical, vem organizando a atenção aos portadores de hepatites virais do Vale do Javari. Detalhou como se dá o manejo clínico de hepatites virais: avaliação clínica de portadores do Hbsag; dosagens bioquímicas; dosagens hematológicas; ecografia; biópsia hepática; e tratamento dos portadores de hepatopatia crônica compensada. Disse que o primeiro manejo clínico foi em 2007 - 2.300 de 3.500 indígenas, quando foram avaliadas as etnias: Mayoruna, Matis, Marubo, Kanamary, Kulina e Korubo. O segundo manejo foi realizado em 2010, com 64 pacientes avaliados das etnias Marubo e Mayoruna, sendo onze portadores de HBV + VHD e três indicações de transplantes, destes nove tiveram alta e dois pacientes fizeram TB, tendo que repetir tratamento. O terceiro manejo foi iniciado em maio de 2011 com 98 pacientes avaliados das etnias Matis, Mayoruna e Marubo, sendo 15 pacientes HBV, 22 HVC e 15 HDV, ainda não concluído. O quarto manejo está programado para julho de 2011 com a previsão de avaliar 100 indígenas da etnia Kanamary; e o quinto para setembro de 2011 com a previsão de avaliar 100 indígenas. Por fim, detalhou as perspectivas: aumento da oferta de diagnóstico do HV; realização de ações de prevenção nas CASAI; organização do fluxo de notificação dos casos, com melhoria na notificação; melhoria no suprimento de medicamentos para o tratamento das DST e preservativos, de acordo com a demanda; capacitação em Aconselhamento, Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatite, módulo DST/Aids para AIS, manejo clínico de hepatites virais e vigilância epidemiológica das hepatites virais; qualificação e humanização da Casa de Apoio de Tabatinga para tratamento dos indígenas com HV; realização de manejos clínicos nos portadores de hepatites virais crônicas e posterior tratamento completo daqueles que necessitam; organização das Divisões de Atenção à Saúde e qualificação das EMSI para execução das ações de controle das DST/Aids e Hepatites Virais nos DSEI; ampliação da cobertura vacinal para Hepatite B nos indígenas com atividade sexual ativa e crianças até um ano; aumento da efetividade das ações de prevenção e controle da transmissão das hepatites virais; prevenção da transmissão vertical das hepatites virais através da realização de pré-natal e do fornecimento da vacina e da imunoglobulina aos recém-nascidos de mães positivas para a hepatite B; conclusão das etapas de manejo clínico dos pacientes portadores de Hepatite do DSEI Vale do Javari; e articulação com a SVS/PNI para viabilizar a implantação da vacinação contra a hepatite A em toda a população indígena. O Secretário de Vigilância em Saúde/MS, **Jarbas Barbosa**, foi o terceiro expositor com abordagem sobre a resposta nacional para o enfrentamento das hepatites virais. Começou com os seguintes dados: taxa de incidência: 5,5% de hepatite A e 7,6% de hepatite B; taxa de detecção: cerca de 5,1/100 mil hab.; e mortalidade: 1/100 mil hab. Explicou que a hepatite delta concentra-se na Região Norte e merece atenção e ações porque é passível de prevenção, inclusive com ações já existentes. Explicou que estudo de prevalência de base populacional das infecções por VHA, VHB e VHC nas capitais do Brasil (2004/2008) mostrou os seguintes dados: hepatite A (infecção passada) - entre 5 e 19 anos: 39,5%; hepatite B (HBsAg) - entre 20 e 69 anos = 0,60%; e hepatite C (anti-HCV) – inquérito nas capitais e entre 20 e 69 anos = 1,56%. Disse que os dados apontam a

estimativa de 1,4 milhões de pessoas (apesar do número alto, é menos da metade do “estimado” pela OMS há 15 anos). Explicou que o Programa Nacional de Hepatites Virais fazia parte do DEVEP, com outros programas sem afinidade programática como tuberculose, hanseníase, dengue e malária. Contudo, foi feita mudança e o Programa Nacional de Hepatites Virais foi incluído em outro Departamento junto com o Programa de AIDS visto que AIDS e hepatites virais possuem diversas afinidades programáticas como: infecções de transmissão sexual, sanguínea e vertical; longo período de latência clínica com necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico precoce; testes rápidos validados no país: HIV, HCV, HBV e Sífilis; compartilhamento da mesma rede - Centros de Testagem e Aconselhamento e Rede de Assistência; complexidade na utilização de antivirais, resistência viral, importância da adesão; e participação social e disponibilização de acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento. Segundo, enfocou os compromissos estabelecidos relativos a hepatites virais para 2011 e 2012. Destacou o aumento de investimento em hepatites virais, com 19,49% de incremento do orçamento global das hepatites virais, demonstrando prioridade a essa questão. Também foi definida agenda com as Coordenações Estaduais de Hepatites Virais após a integração e reestruturação do D-DST/AIDS/HV e em 2011 foram realizadas duas reuniões para estruturar a implementação das ações: em fevereiro 2011 - estabelecidas prioridades na agenda e definida a participação das Coordenações de Hepatites nas instâncias consultivas do Departamento (CNAIDS), Comissão de Coordenadores Estaduais e Municipais e Comissão de Articulação com Movimentos Sociais); e em abril 2011 - acordadas as atribuições na ampliação do acesso ao diagnóstico, aos exames de monitoramento e implementação de diretrizes de tratamento e normatização dos comitês estaduais. Detalhou os compromissos e encaminhamentos estabelecidos para 2011: ampliação da oferta de triagem para hepatites virais nos serviços de saúde; ampliação da triagem sorológica nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA; e ampliação da oferta da sorologia para a hepatite D nas regiões endêmicas. Apresentou também os encaminhamentos já definidos em 2011 com as coordenações estaduais: descentralização da aquisição de marcadores virais para diagnóstico com responsabilização de estados e municípios até março de 2012; e aquisição e distribuição pelo MS de testes rápidos para triagem de HCV e HBV (1.848.000 testes cada) a partir de julho de 2011: validação já realizada pela FIOCRUZ. A respeito da hepatite delta, citou a ampliação da aquisição e distribuição de kits para sorologia anti-HDV total nas regiões endêmicas e a realização de estudo para implementação de testes de biologia molecular (HDV-RNA qualitativo) para o diagnóstico e monitoramento: apoio ao desenvolvimento de testes sorológicos e moleculares para confirmação do diagnóstico (anti-HDV IgM) e introdução do Interferon Peguilado para tratamento (desde 2009). Além desses, destacou que foram definidos os seguintes compromissos para 2011: ter estabelecido em cada UF atendimento integral dos portadores de HV na rede de serviços nos diferentes níveis de complexidade; e ter pelo menos uma referência laboratorial em cada UF para realização de biologia molecular para hepatite C. Também detalhou os encaminhamentos já definidos em 2011 com as coordenações estaduais: centralização da aquisição e distribuição pelo MS de exames de biologia molecular para carga viral e genotipagem, com ampliação de 16 para 38 laboratórios a partir de junho de 2011; e Projeto Piloto multicêntrico para a criação de uma “MicroRede” de laboratórios de resistência genotípicas do HBV (uso de antivirais há cerca de uma década) e HCV (perspectiva de introdução de inibidores da protease) para vigilância e manejo da resistência dos vírus das hepatites B e C. Sobre o acesso à vacinação contra hepatite B, preservativos e outros insumos, explicou que foram firmados os seguintes compromissos: ampliação da vacinação para a faixa etária de 20 a 24 anos; 95% de cobertura vacinal para população entre 15 a 19 anos, pessoas privadas de liberdade, população indígena e trabalhadores de saúde da rede pública e privada; 100% de cobertura vacinal entre gestantes; e disponibilização de preservativos nos serviços que atendem os portadores de hepatites virais. Até 2012, o compromisso é a ampliação da vacinação para a faixa etária de 25 a 29 anos. Listou outros encaminhamentos já definidos em 2011: ampliação da vacinação contra HBV para jovens até 24 anos: realizadas reuniões regionais e construção de Planos de Ação Estaduais; população privada de liberdade: estratégia definida e pactuada no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; e vacinação para a população indígena: Secretaria Especial de Saúde Indígena em parceria com as coordenações estaduais de imunização e hepatites virais. Além disso, apresentou os compromissos e realizações: até 2010 - edital para fortalecimento das redes do movimento e redes sociais com ações de enfrentamento das hepatites virais; e até 2011 - publicação de edital de apoio a eventos de mobilização, articulação e protagonismo em hepatites virais. Sobre o edital de ações de promoção a saúde – 2010, explicou que 45 projetos passaram a incluir as hepatites virais durante as atividades de massa. Também foi firmada parceria SEST/SENAT para ampliação da testagem para hepatites e oferta da vacina para hepatite B para caminhoneiros. Também foi publicado edital exclusivo para hepatites – 2010/2011, tendo sido aprovados 17 Projetos e já repassados em 2011 R\$ 6,3 milhões. Além disso, explicou que na reunião do mês de abril deste ano com os Estados foram firmados os seguintes acordos: Estados definirão suas redes de dispensação farmacêutica até junho/2011; implantação do SICLOM de Hepatites Virais nos Estados a partir de janeiro de 2012 com

a migração programada após implantação; e capacitação dos profissionais das Unidades Dispensadoras de Medicamentos na operação do Sistema. Disse que as vantagens desse processo são as seguintes: maior autonomia para aquisição, aprimoramento das informações de logística (planejamento de demandas, abastecimento e distribuição), qualificação na dispensação farmacêutica, sistema informatizado que facilita o acesso do paciente ao tratamento e promove melhoria no cuidado e autonomia para individualização do tratamento, quando pertinente. Sobre o tratamento de hepatites B e C, informou que há novo protocolo, mais amplo e direcionado para linha de cuidado e atenção integral, incluindo cuidado desde o diagnóstico, informações para prevenção e autocuidado, abordagem terapêutica, manejo de eventos adversos, inclusão de indicações terapêuticas sem necessidade de biópsia hepática facilitando o acesso ao tratamento e ampliação da indicação do Interferon Peguilado para tratamento de Genótipo não-1. Ainda sobre a melhoria da qualidade da atenção no que se refere ao tratamento da hepatite C, disse que, para implementação do novo protocolo, foram realizadas oficinas de manejo no tratamento da hepatite C e capacitação multiprofissional para equipes que atuam na atenção aos portadores de hepatites virais (2011). Sobre o tratamento da hepatite B, destacou que será feita a atualização do protocolo no 2º semestre de 2011. A respeito das novas intervenções terapêuticas, disse que o Departamento participa como parecerista *ad hoc* na área de registro de medicamentos na ANVISA e os produtores já solicitaram registro na Agência de dois inibidores de protease (Boceprevir (fevereiro de 2011) e Telaprevir (abril de 2011)). No segundo semestre, o Comitê Técnico Assessor do Departamento avaliará a pertinência da incorporação desses inibidores de protease, caso sejam registrados. Informou que será lançada no próximo 28 de julho - Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais - uma campanha de comunicação de massa chamando a atenção para a importância das hepatites com envio de testes rápidos para rede, com informações sobre prevenção, vacinação contra hepatite B e estímulo ao diagnóstico. Por último, informou que está reformulando os comitês técnicos assessores dos Programas, com a participação de vários representantes, inclusive do movimento social. A intenção é que esses fóruns avaliem os indicadores de desempenho dos Programas e apresentem sugestões. Por fim, cumprimentou os demais expositores e sugeriu, no final do ano, uma apresentação sobre o andamento dos compromissos assumidos com os parceiros. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou os expositores e ressaltou a importância de colocar em prática os compromissos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também propôs que no mês de julho os conselheiros façam o teste rápido para detecção da hepatite como uma iniciativa para incentivar o diagnóstico. Conselheiro **Júlio Cesar Caetano** fez as seguintes perguntas: há perspectiva da inclusão dos dois inibidores de protease (Boceprevir e Telaprevir) no protocolo? Como se dará a aquisição, pelos municípios, dos marcadores virais para diagnóstico? Como é feita a detecção das resistências das hepatites? Conselheiro **Alexandre Magno Soares** solicitou maiores informações sobre as semelhanças e diferenças entre as hepatites virais e o HIV e sobre as propostas do PPA no que concerne ao Plano Nacional de Hepatites Virais. Conselheira **Rosângela Silva Santos** sugeriu que a Política tenha maior atenção para grupos que apresentam problemas de cirrose e chamou a atenção para a importância de garantir qualidade de vida para as pessoas com hepatites virais. Em relação aos medicamentos, quis saber sobre a possibilidade de associações de drogas para minimizar os efeitos dos medicamentos no fígado dos pacientes com hepatite C. Conselheiro **Luís Carlos Bolzan** cumprimentou os expositores pelas apresentações e destacou da apresentação do Dr. Evaldo Stanislau a questão da iniquidade no que se refere ao SUS e ao sistema privado de saúde. A esse respeito, salientou que desconhece gestão privada melhor que a do SUS e destacou ainda que os convênios não oferecem dispensação de medicamentos. Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos** perguntou a perspectiva de inclusão dos dois novos inibidores de protease aos protocolos do SUS. **Retorno da mesa.** O Assistente-Doutor da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HC-FMUSP, **Evaldo Stanislau Affonso de Araújo**, respondeu aos questionamentos dos conselheiros, reiterando, inicialmente, os agradecimentos pelo convite para tratar do tema no CNS e a satisfação com a presença do Dr. Jarbas Barbosa para tratar do tema. Fez questão de frisar também que hepatite é sua área de pesquisa e atuação e é um militante da causa (é fundador e diretor técnico de uma ONG). Esclareceu que, na sua apresentação, afirmou que a hepatite é um exemplo da iniquidade no SUS, porque o paciente do SUS tem desvantagem em relação aos pacientes do setor privado. O primeiro enfrenta dificuldade de acesso ao médico, ao serviço de laboratório e enfrenta burocracia (TSH vencido, por exemplo, impede a aquisição do medicamento). Por outro lado, o paciente do setor privado chega ao SUS com a documentação pronta e consegue adquirir o medicamento com facilidade. Enfatizou que defende o SUS por se tratar de um sistema universal que oferece cobertura para todas as doenças, inclusive as alta complexidade. Também falou da sua preocupação acerca da proposta de ampliar o diagnóstico, sem qualificar a assistência, pois isso aumentaria o problema. Ainda sobre a iniquidade, salientou que é preciso cobrar dos planos de saúde a oferta de medicamentos para os pacientes beneficiários, desonerando o SUS. A respeito da resistência no que se refere à hepatite C, explicou que se conhece pouco a esse respeito e não há evidência científica

800 suficiente para planejamento. Explicou que defende a utilização da estrutura do SUS, vislumbrando  
801 acesso e sustentabilidade para hepatites virais. Afirmou que hoje a questão mais grave é aumentar o  
802 tratamento das consequências das hepatites virais e não apenas a ampliação da oferta do tratamento  
803 antiviral. Concordou que hepatites e HIV têm semelhança, contudo, o alerta e a visibilidade da  
804 primeira é uma questão mal resolvida e é preciso considerar que as populações são distintas. A  
805 respeito das comorbidades, concordou que é complicado ministrar drogas do ponto de vista da prática  
806 clínica. Finalizando, agradeceu e colocou-se à disposição para novos esclarecimentos e enfatizou a  
807 sua confiança que o atual governo saberá dar resposta adequada à questão das hepatites e o CNS  
808 auxiliará nesse encaminhamento. O Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS, **Jarbas Barbosa**,  
809 agradeceu os comentários e as sugestões e concordou com a importância de os conselheiros fazerem  
810 o teste rápido, lembrando, inclusive, que esta iniciativa permite ações rápidas. Sobre a inclusão de  
811 novos inibidores de protease, explicou que a expectativa é de registro dos dois no primeiro semestre  
812 de 2011, o que permitirá, no segundo semestre, a avaliação das evidências disponíveis e a  
813 recomendação de protocolos de inclusão desses inibidores. Concordou que é preciso apoiar a  
814 descentralização e, nessa linha, o Ministério da Saúde auxilia as secretarias estaduais para  
815 identificação da rede e utilização do recurso já disponível para aquisição dos insumos de laboratório.  
816 Também destacou que estão contempladas metas em relação a hepatites no planejamento  
817 estratégico da SVS, no planejamento estratégico do Ministério da Saúde, no PNS e no PPA. Esse  
818 fato expressa o compromisso em relação a hepatites e permite o acompanhamento das metas  
819 propostas. Por fim, manifestou satisfação por participar desse debate e salientou que a intenção é  
820 incluir as sociedades científicas e especialistas no processo e contribuir no aprimoramento do  
821 Programa. O Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**,  
822 manifestou a sua satisfação em retornar ao CNS e destacou a parceria da SESAI com a SVS e as  
823 demais Secretarias do Ministério da Saúde. Também enfatizou que o apoio de todos é essencial para  
824 o enfrentamento das hepatites virais, que é uma realidade nas comunidades indígenas. Conselheira  
825 **Jurema Werneck** agradeceu os expositores e encerrou este item destacando a sugestão de que os  
826 conselheiros nacionais de saúde, no mês de julho, façam o teste rápido da hepatite. Também  
827 anunciou a presença do Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS. **ITEM 6 –**  
828 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH – DESDOBRAMENTOS DOS**  
829 **PARECERES DO CNS NO MEC – Composição da mesa:** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,  
830 Presidente do CNS; Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, membro da CIRH; e **Paulo Roberto**  
831 **Wollinger**, Diretor de Regulação e Supervisão da Secretaria de Educação Superior do Ministério da  
832 Educação/MEC. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. O  
833 Diretor de Regulação e Supervisão da SESu/MEC, **Paulo Roberto Wollinger**, fez uma exposição  
834 sobre o processo de avaliação da educação superior, particularmente os cursos da saúde. Após  
835 cumprimentar os presentes e agradecer o convite, começou a apresentação explicando que hoje no  
836 Brasil são oferecidos 30 mil cursos de graduação, por 2.520 instituições de ensino superior, para 6,1  
837 milhões de alunos. Apesar do crescimento rápido da oferta da educação superior nos últimos anos,  
838 disse que nos próximos anos será necessário dobrar esses números, com aumento dessa oferta.  
839 Dados os números e esse crescimento necessário, explicou que o MEC está qualificando a oferta de  
840 educação superior no sentido de ampliar a oferta do ponto de vista da diversidade, o que significa que  
841 alguns cursos de graduação em oferta terão que ter uma taxa de crescimento mais lenta que outros.  
842 Desse modo, o Ministério desenvolve uma ampla política de planejamento de educação superior para  
843 longo prazo. Desde 2004, com a promulgação da Lei do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino  
844 Superior (SINAES), iniciou-se a implantação de um sistema de avaliação da educação superior do  
845 ponto de vista de um estado nacional, com definição de processos e procedimentos para consolidar o  
846 Sistema. Ressaltou que um dos desafios é resolver os problemas do cotidiano e isso passa por um  
847 crescimento acelerado. Disse que outro desafio é definir a qualidade da educação e o governo decidiu  
848 que esse processo deve ser feito por comparabilidade. Explicou que há um ciclo avaliativo do  
849 SINAES, a cada três anos, o que permite requalificar o Sistema. Esse é um processo complexo  
850 porque, além dos indicadores, deve-se considerar a diversidade da formação. No caso dos cursos da  
851 saúde, destacou que o decreto 5.773/2006 prevê a participação do CNS no processo avaliativo e essa  
852 é uma experiência em consolidação. Na visão do MEC, hoje a situação é bastante confortável e este  
853 Ministério sugeriu uma nota técnica sobre o significado da opinião qualificada do CNS no processo de  
854 autorização, reconhecimento e renovação de cursos. O MEC entende que o próximo passo é avançar  
855 contemplando no parecer do CNS razões para os pareceres “favoráveis e desfavoráveis”,  
856 possibilitando, assim, condicionar a oferta. Ressaltou que muitos pareceres do CNS são tão bem  
857 qualificados que o MEC não recusa a oferta do curso, mas reduz vaga, impõem protocolo de  
858 compromisso... Destacou que, no caso de Medicina e Odontologia, o MEC praticamente acompanha  
859 os pareceres do CNS. Na psicologia, há posição diferenciada, visto que não se trata de uma profissão  
860 ligada apenas à saúde e o MEC tem discutido essa situação. Para ilustrar, destacou a inserção do  
861 psicólogo no processo educativo para tratar de questões como dislexia e bullying, por exemplo, e

enfatizou que hoje a quantidade de cursos de Psicologia e as vagas oferecidas é pequena. No mais, destaca que mais de 70% dos cursos de Psicologia tem avaliação satisfatória e outros são mais problemáticos. Também apresentou ao CNS a demanda do MEC acerca dos cursos de Enfermagem que hoje apresentam problemas relativos à quantidade e qualidade. Para ilustrar a gravidade da situação, apresentou os seguintes números: hoje, no Brasil, são 845 cursos de graduação de Enfermagem, com oferta de 131 mil vagas/ano. Em comparação à Psicologia, são 631 cursos com oferta de 86 mil vagas. Dos cursos na área de Enfermagem, apenas 39% passaram por processo de avaliação, os demais são cursos recentes. A maior parte desses cursos tem avaliação insatisfatória, não sendo suficiente para garantir os padrões mínimos. Portanto, ponderou sobre a possibilidade de o CNS contribuir, nesse primeiro momento, com a avaliação dos cursos de Enfermagem e os demais cursos seriam incluídos de acordo com a grandeza do problema. No mais, solicitou que o CNS endosse o aprimoramento do processo de avaliação e contribua nesse processo. Para encerrar, frisou que o MEC considera os pareceres do CNS talvez não tão obviamente como alguns consideram que deveria ser. No caso da Medicina, por exemplo, a partir das análises do CNS, o MEC estabeleceu protocolo de compromissos com MS para decidir a pertinência e a oferta de vagas de cursos de Medicina no país em longo prazo. Ressaltou que o país não deve suspender a autorização de cursos de Medicina porque o país cresce, envelhece e incorpora mais brasileiros à vida digna, o que significa ampliação da oferta e, por consequência, necessidade de mais profissionais. Ressaltou que esses critérios de ampliação serão desenvolvidos para os outros cursos da área da saúde. Explicou que a Política é abrir curso em áreas estratégicas, a fim de evitar ausência de profissionais; por outro lado, há áreas onde é preciso reduzir a velocidade de crescimento; e, em outras, é preciso qualificar os cursos. Citou como exemplo o curso de Direito com oferta de 215 mil vagas/ano, sendo que, a cada cinco brasileiros que ingressam na educação superior, um é do curso de Direito, o que representa um problema nacional. Portanto, o MEC desenvolve a seguinte política para os cursos de Direito: abertura de novos cursos à medida que forem encerradas as vagas dos cursos com avaliação insatisfatória. No caso da Medicina, também foi feito processo semelhante: redução das vagas de Medicina durante o processo de supervisão, uma iniciativa inédita. Por fim, disse que a expectativa é que as quatorze profissões sejam avaliadas pelo CNS, mas, considerando a impossibilidade de incluir todos os cursos de uma só vez, a proposta é começar pelos casos mais graves, como é a Enfermagem e, a partir daí, com expertise, ampliar para as demais, paulatinamente. **Manifestações.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** agradeceu as informações esclarecedoras do Professor Wollinger visto que foi um dos que solicitaram manifestação do MEC sobre os desdobramentos dos pareceres do CNS. Salientou que é essencial sintonia entre os dois Ministérios e lembrou a responsabilidade do CNS de qualificar os pareceres e os critérios de análise. Também enfatizou a importância de MS e MEC debaterem a definição de oferta de vagas para residências. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** cumprimentou os componentes da mesa e destacou o aumento de faculdades privadas de odontologia. Também falou da surpresa, no final do governo Lula, com a abertura de novas faculdades de odontologia em Recife (Maurício de Nassau e FACIB) e no Ceará, descumprindo os pareceres do CNS. Inclusive, salientou que uma dessas faculdades privadas foi aberta em um prédio público. Ressaltou ainda que, após denunciar essa situação no CNS, vem recebendo telefones anônimos. Desse modo, após reafirmar a sua confiança no trabalho do MEC e do MS, solicitou que sejam revistas as decisões equivocadas de autorização de cursos de odontologia. Conselheiro **Clóvis Boufleur** saudou o prof. Wollinger e perguntou a ele o percentual dos cursos que o CNS se manifestou e o percentual aceito pelo MEC. Além disso, quis saber quando os agentes comunitários serão considerados profissão da saúde. Conselheiro **José Carrijo Brom** também cumprimentou a vinda do prof. Wollinger com destaque aos avanços alcançados no último período. Contudo, salientou que é preciso fortalecer ainda mais a articulação entre MEC e MS (CNS) e evitar a abertura de cursos que não atendem as necessidades sociais. Conselheiro **Milton de Arruda Martins** saudou o prof. Wollinger e elogiou a sintonia entre os Ministros da Educação e da Saúde no que diz respeito à exigência da qualidade da formação e à distribuição dos profissionais de acordo com as necessidades sociais. Disse que coordena um estudo, a pedido do MEC e MS e junto com a SESu, sobre a necessidade de profissionais médicos no país e o próximo passo será o estudo da situação da Enfermagem. Inclusive, convidou o CNS e as entidades a contribuir nesse trabalho. Por fim, destacou que a distribuição das vagas das residências médicas será definida pelas necessidades do SUS. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro**, na condição de representante da Federação Nacional dos Enfermeiros, manifestou preocupação com a abertura de novos cursos na área de Enfermagem. Destacou, inclusive, que, dos 52 cursos avaliados, 49 tiveram avaliação insatisfatória, o que ilustra a importância de priorizar essa questão. Denunciou situações graves como a abertura de curso de Enfermagem à distância no Rio Grande do Norte e o funcionamento de instituição de ensino, na Cidade de Paripiranga/Bahia, apenas de sexta-feira a domingo, com estágios feitos em uma unidade básica da saúde. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** aproveitou para registrar o seu repúdio à nota da CNBB que não reconhece a decisão do STF sobre a união homoafetiva, lembrando que o

924 país é laico e que o Judiciário deve nortear-se pela Constituição, que define garantias e direitos.  
925 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** ressaltou que o psicólogo atua também em situações de  
926 emergências e desastres, visando recuperar a saúde mental das pessoas e enfatizou que as  
927 entidades de psicologia têm trabalhado a pauta da saúde como prioritária e o psicólogo como  
928 trabalhador da saúde. Salientou também a importância de ampliar e incluir novos cursos para análise  
929 da CIRH e a necessidade de o MEC acompanhar também o processo de pós-graduação. Conselheiro  
930 **Francisco Batista Júnior** provocou a delegação do CES/RN que estava presente à reunião para  
931 avaliar a denúncia de curso de Enfermagem à distância no Rio Grande do Norte. Avaliou que investir  
932 na ampliação da formação da residência multiprofissional deve ser uma prioridade do MEC e do MS.  
933 Também solicitou ao prof. Wollinger que dialogue com o Ministro da Educação sobre a proposta de  
934 serviço civil como uma forma de qualificação profissional. Por fim, propôs que o Ministério da Saúde  
935 priorize o debate da implantação da carreira única do SUS com foco na equipe multiprofissional da  
936 saúde. Conselheiro **Willen Heil e Silva** também falou da sua preocupação com a qualidade dos  
937 cursos de Fisioterapia e perguntou se há perspectiva de avaliação desses cursos e de outras  
938 profissões da saúde. Perguntou ainda se há proposta para abertura de novos cursos, por exemplo,  
939 para a Terapia Ocupacional (são menos de dez cursos públicos oferecidos). Por fim, ressaltou que é  
940 preciso uma visão multiprofissional para garantir uma assistência de direito a todos. Conselheira **Lígia**  
941 **Bahia** manifestou satisfação com a presença do prof. Wollinger e cumprimentou o Ministro da  
942 Educação pelo trabalho de recuperação das universidades. Ressaltou que nos países com sistemas  
943 universais de saúde é exigido um Conselho que decida sobre a formação na área da saúde. Portanto,  
944 é preciso diálogo com MEC a fim de que as decisões do CNS contribuam com o trabalho desse  
945 Ministério. Também avaliou que é preciso definir um sistema de qualificação dos cursos, a fim de  
946 alcançar qualidade crescente na formação dos profissionais. **Retorno da mesa.** O Diretor de  
947 Regulação e Supervisão da SESu/MEC, **Paulo Roberto Wollinger**, explicou que MEC e MS vem  
948 trabalhando na lógica da residência multiprofissional e este é um tema da agenda dos dois Ministérios.  
949 Sobre os cursos de odontologia citados pelo Conselheiro Geraldo Vasconcelos, explicou que os  
950 processos tramitaram no MEC e foram indeferidos pela SESu, mas a instituição apresentou recurso ao  
951 CNE e este colegiado autorizou a abertura dos cursos. Esclareceu que a SESu acata muitos dos  
952 pareceres do CNS, mas perde no momento dos recursos. Disse que o conceito de necessidade social  
953 ainda não está claro e não é aceito em todas as instâncias recursais. Por essa razão, o MEC solicitou  
954 uma nota técnica da CIRH esclarecendo os critérios utilizados na análise dos processos. Com isso,  
955 haverá argumento técnico e jurídico para fortalecer a argumentação do MEC nas instâncias recursais.  
956 Explicou que, no caso de cursos de Administração, Direito e Ciências Contábeis com avaliação  
957 insatisfatória no ENADE, o MEC aplica uma medida cautelar de redução de vaga. A intenção é aplicar  
958 essa regra para os cursos da saúde quando forem divulgados os resultados do ENADE no segundo  
959 semestre e o anseio é de redução das vagas de Enfermagem. Também solicitou que o CNS auxilie na  
960 argumentação de questões como a pertinência e eficácia de cursos noturnos de Enfermagem. No  
961 mais, destacou que o MEC não autoriza curso de Enfermagem à distância, portanto, cursos como  
962 esses devem ser denunciados ao Ministério para providências. A respeito do serviço civil, explicou que  
963 não depende apenas do MEC e do MS, portanto, deve ser colocado na pauta nacional. Também  
964 explicou que o PROUNE ampliou a oferta de cursos para pessoas de baixa renda. Salientou ainda que  
965 a oferta de vagas para os cursos de Enfermagem devem estar condicionada aos postos qualificados  
966 de estágio. Sobre a pós-graduação, explicou que os programas de mestrado e doutorado são  
967 avaliados pelo CAPS, mas a pós-graduação lato sensu merece uma atenção e já está sendo  
968 qualificada. Informou inclusive que o CNE não permite mais o credenciamento especial para oferta de  
969 pós-graduação lato sensu. O próximo passo será qualificar as instituições e cursos a serem ofertados.  
970 Também solicitou que casos de cursos vagos sejam denunciados ao MEC e informou que cursos já  
971 foram fechados por conta disso. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que a nota  
972 técnica da CIRH sobre a Resolução nº. 350 será finalizada na próxima reunião da Comissão e  
973 apresentada ao CNS. Também falou da expectativa de publicação do último ciclo avaliativo do ENADE  
974 para que sirva de parâmetro para avaliação dos processos. Feitas essas considerações, passou à  
975 apresentação dos pareceres da CIRH: **1)** Referência: Processo nº 20100000051. Interessado:  
976 Faculdade de Medicina Nova Esperança de Mossoró. Curso: Autorização do curso de Medicina.  
977 Parecer: insatisfatório. **2)** Referência: Processo nº 20100000053. Interessado: Instituto Superior de  
978 Odontologia – ISSO. Curso: Autorização do curso de Odontologia. Parecer: Insatisfatório. **3)**  
979 Referência: Processo nº 201010052. Interessado: Faculdades Integradas São Pedro. Curso:  
980 Autorização do curso de Medicina. Parecer: Insatisfatório. **4)** Referência: Processo nº 201011480.  
981 Interessado: Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana. Curso: Autorização do curso de  
982 Medicina. Parecer: Insatisfatório. **5)** Referência: Processo nº 200907477. Interessado: Centro de  
983 Ensino Superior de Médio e Baixo Amazonas. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer:  
984 Insatisfatório. **6)** Referência: Processo nº 201000421. Interessado: Faculdade de Ciências Biológicas e  
985 da Saúde. Curso: Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. **7)** Referência:

986 Processo nº 201012098. Interessado: Faculdade Atenas. Curso: Reconhecimento do curso de  
987 Medicina. Parecer: Satisfatório. **8)** Referência: Processo nº 201014250. Interessado: Faculdade de  
988 Medicina Nova Esperança. Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. Parecer:  
989 Insatisfatório. **9)** Referência: Processo nº 201006604. Interessado: Centro Universitário Nilton Lins.  
990 Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. **10)** Referência:  
991 Processo nº 201006498. Interessado: Faculdade Guilherme Guimbala. Curso: Renovação de  
992 reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: Insatisfatório. **11)** Referência: Processo nº  
993 201005871. Interessado: Faculdades Integradas São Pedro. Curso: Renovação de reconhecimento do  
994 curso de Odontologia. Parecer: Insatisfatório. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Rocha**  
995 **Padilha**, Presidente do CNS, solicitou maiores esclarecimentos sobre os critérios utilizados pela CIRH  
996 na análise dos processos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** esclareceu que, no caso dos  
997 processos de autorização, é feito georreferenciamento e são considerados os seguintes aspectos:  
998 postos de trabalho, rede instalada e capacidade de inserção de novos alunos, tempo de  
999 funcionamento, corpo docente, número de alunos, laboratório, biblioteca... Conselheiro **Alexandre**  
1000 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS, perguntou se a falta de documentação é um dos argumentos  
1001 para emissão de pareceres insatisfatórios. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que um  
1002 dos processos em análise recebeu parecer insatisfatório também por falta de documentação.  
1003 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, perguntou se as instituições cujos  
1004 pareceres foram insatisfatórios por falta de documentação poderiam apresentar recurso ao CNS.  
1005 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a CIRH/CNS analisa uma série de questões  
1006 para emitir o seu parecer, inclusive é feita a análise do número de vagas em relação à capacidade  
1007 instalada do serviço público. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que, no momento, o CNS  
1008 emite o seu parecer sem justificativa, mas a intenção é ampliar. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou  
1009 que hoje o Plenário homologa as decisões da CIRH/CNS, porque se definiu uma dinâmica que não  
1010 instiga os conselheiros a analisar e debater os pareceres. Conselheiro **Volmir Raimondi** explicou que  
1011 o processo de emissão de pareceres é uma questão debatida há tempo no CNS e reiterou que é  
1012 preciso melhorar os critérios de análise paulatinamente. Avaliou que o trabalho da Comissão  
1013 demonstra uma mudança de critérios e a lógica de que os cursos devem preparar profissionais para a  
1014 área de saúde pública. Ressaltou ainda que as entidades podem questionar o processo de análise do  
1015 CNS visto que não há oportunidade para defesa ou recurso. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1016 informou que tem recebido informações do não acatamento, por parte do MEC, das decisões do CNS  
1017 em relação ao processo de abertura, reconhecimento e renovação de cursos. Portanto, reiterou que  
1018 este Conselho deve ter conhecimento sobre o número de pareceres acatados por aquele Ministério e,  
1019 se for o caso, rediscutir o processo. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** explicou que, por conta  
1020 da decisão do MEC de não reconhecer cursos lato sensu de Odontologia, várias entidades firmaram  
1021 convênios com universidades privadas para oferecer esses cursos. Sendo assim, perguntou se essas  
1022 instituições podem oferecer cursos de especialização sem curso de graduação na área. Conselheiro  
1023 **José Rubens Rebelatto** relatou que, quando esteve à frente da Diretoria de Regulação do MEC,  
1024 iniciou interlocução entre os Ministérios da Educação e da Saúde e o CNS sobre o processo de  
1025 emissão de pareceres. Disse que houve avanços nesse processo construído em conjunto, mas  
1026 reconheceu que há falhas e é aperfeiçoar conforme propõe o MEC. O Diretor de Regulação e  
1027 Supervisão da SESu/MEC, **Paulo Roberto Wollinger**, iniciou destacando que não se deve  
1028 desconsiderar os avanços por conta de problemas no processo. Explicou que o decreto, que inclui o  
1029 CNS no processo de emissão de pareceres, delega ao CNE a prerrogativa de órgão recursal.  
1030 Concordou que é preciso aperfeiçoar o processo e avançar para legitimação de documentos em um  
1031 processo recursal. Destacou que a articulação entre SESu e CIRH tem sido de extrema importância e  
1032 destacou o seu otimismo acerca desse processo. Sobre a pós-graduação, explicou que, por definição,  
1033 pode ser ofertada por qualquer instituição de ensino superior e não há exigência de que tenha curso  
1034 de graduação na área. Por essa razão, a proposta é criar uma regra para oferta de curso lato sensu.  
1035 Por fim, reiterou a necessidade de aperfeiçoar o processo para que as decisões sejam mais efetivas.  
1036 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou que a Comissão aceita as críticas e que há muito a  
1037 ser feito, mas é preciso reconhecer que muito foi feito nos últimos anos. Disse que aguarda legislação  
1038 contemplando as quatorze profissões e o CNS fará um planejamento em longo prazo, considerando  
1039 as prioridades. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, destacou que se trata de  
1040 um processo em construção, portanto, carece de ajustes. Reconheceu o importante trabalho da  
1041 CIRH/CNS, mas declarou que tem críticas ao processo. Citou, por exemplo, o parecer insatisfatório ao  
1042 pedido de autorização para abertura de curso de Medicina na Faculdade de Medicina Nova Esperança  
1043 de Mossoró por falta de documentação. Propôs que, no caso de parecer do CNS insatisfatório, seja  
1044 explicitado "insatisfatório até que se resolvam as pendências", a fim de evitar questionamentos.  
1045 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que o parecer do CNS é emitido à luz da  
1046 necessidade social. Sugeriu aguardar a modificação no campo do Sistema E-MEC para contemplar a  
1047 sugestão do Presidente do CNS, pois hoje o Sistema apresenta apenas duas possibilidades:

1048 satisfatório e insatisfatório. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu,  
1049 nesse momento, a aprovação da proposta de acrescentar aos pareceres insatisfatórios “até que se  
1050 resolvam as pendências” e aguardar a modificação no campo do Sistema E-MEC, que seria outra  
1051 etapa. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** concordou com a proposta do Presidente do CNS,  
1052 desde que deixasse claro que, após a avaliação do CNS, havia outra etapa no MEC. Defendeu maior  
1053 flexibilidade no processo de avaliação dos processos e sugeriu um balanço periódico dos pareceres  
1054 do CNS e os desdobramentos no MEC, para que o Conselho possa responder quando interpelado.  
1055 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** propôs abrir um campo no Sistema E-MEC para que o  
1056 requerente inclua o solicitado pelo CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** endossou a proposta do  
1057 Ministro da Saúde e solicitou à CIRH que avalie a resolução sobre os encaminhamentos dos  
1058 processos, aprovada em 2010, na lógica de incluir o resultado desse debate. Feitas essas  
1059 considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: os onze pareceres**  
1060 **elaborados pela CIRH foram aprovados, em bloco. No caso dos pareceres insatisfatórios,**  
1061 **acordou-se que será explicitado “parecer insatisfatório até que se resolva as pendências**  
1062 **explicitadas no parecer”.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, agradeceu a  
1063 presença do Diretor de Regulação e Supervisão da SESu/MEC e dos demais integrantes da mesa. A  
1064 respeito da coordenação da CIRH, acordou-se que os Conselheiros Francisco Batista Júnior e Eliane  
1065 Aparecida da Cruz conversariam na lógica de definir um nome de consenso até o dia seguinte. Com  
1066 essa definição, a mesa suspendeu para o lanche. **ITEM 7 – COMISSÃO PERMANENTE DE**  
1067 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – Composição da mesa:** Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**,  
1068 Coordenador da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS; Conselheiro **Alexandre**  
1069 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS; e **Arionaldo Bomfim Rosendo**, da Subsecretaria de  
1070 Planejamento e Orçamento – SPO/MS. **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da  
1071 Mesa Diretora do CNS. Primeiro, o coordenador da COFIN listou os documentos disponibilizados aos  
1072 conselheiros: Apresentação “O DENASUS como parte do sistema de controle interno”; planilhas sobre  
1073 a execução orçamentária do Ministério da Saúde; Programação do Seminário Nacional de Orçamento  
1074 e Financiamento; e Relatório da Reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 4 de maio. A seguir, o  
1075 assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a análise, feita pela COFIN, da execução  
1076 orçamentária do Ministério da Saúde referente ao 1º trimestre de 2011. Destacou que a COFIN, em  
1077 regra, faz a análise das planilhas encaminhadas pela SPO e, em seguida, o representante da  
1078 Secretaria apresenta a prestação de contas do Ministério da Saúde. Por fim, é feita a consolidação  
1079 final do processo. Contudo, na última reunião, não houve a apresentação da SPO, portanto, seria  
1080 apresentada a análise da COFIN. Dividiu a sua apresentação nas seguintes partes: Introdução:  
1081 Contextualização Financeira da Execução Orçamentária; Ações e Serviços Públicos de Saúde - 1ª  
1082 Parte: Indicadores Macro-Orçamentários e 2ª Parte: Programas, Secretarias, Unidades e Itens; e  
1083 Observações Finais. Em relação ao contexto macroeconômico da execução orçamentária relativa ao  
1084 1º Trimestre de 2011, fez os seguintes destaques: desempenho positivo da arrecadação federal;  
1085 inflação: deterioração das expectativas do mercado, indexação, efeito externo, conflito distributivo e  
1086 medidas macroprudenciais (restrição ao crédito) e aumento da taxa básica de juros (mudança da  
1087 política econômica); e redução do ritmo do crescimento econômico (projeções para o crescimento do  
1088 PIB real): previsões para o ano de 2011 variam entre 4% e 5%. Sobre a arrecadação das receitas  
1089 federais, no período de janeiro a março de 2011, destacou que o crescimento real da receita foi de  
1090 11,96%. Sobre os indicadores macro-orçamentários, ressaltou as despesas totais referentes às ações  
1091 e serviços de saúde nos termos da EC 29 (com a inclusão de Farmácia Popular e Assistência Médica  
1092 a Servidores) e o total do MS que inclui inativos, dívidas e outras despesas que não são computadas  
1093 para o cálculo da aplicação mínima constitucional. Disse que os conceitos utilizados na análise da  
1094 execução foram os seguintes: dotação inicial: valores aprovados na LOA; dotação atualizada: valores  
1095 aprovados na LOA acrescidos ou reduzidos em decorrência do processo de suplementação  
1096 orçamentária; empenho: alocação orçamentária para credor em função de compromissos assumidos  
1097 com pessoal, compra de bens, contratação de serviços, convênios e transferências fundo a fundo,  
1098 entre outros; e liquidação: realização das despesas empenhadas após a atestação do responsável,  
1099 para posterior pagamento. Sobre as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme  
1100 EC nº. 29 e Resolução 322/2003, reiterou que continua integrando o rol de despesas, em desacordo  
1101 com a Resolução 322, farmácias populares e assistência médica a servidores (clientela fechada).  
1102 Explicou que, para classificação do nível de execução orçamentária - Ações e Serviços Públicos de  
1103 Saúde, considera-se: adequado - nível de empenhamento maior ou igual a 25%; regular - nível de  
1104 empenhamento entre 20 e 25%; e inadequado - nível de empenhamento abaixo ou igual a 20%.  
1105 Apresentou os destaques do 1º trimestre de 2011: valor empenhado: cresceu 82% (2011x2010), bem  
1106 acima da variação positiva de 3% (2010x2009); valor liquidado: aumento de 18% em relação a 2010  
1107 (mesmo patamar de 2010x2009); aumento significativo no nível de empenhamento: pode indicar  
1108 aumento do nível de liquidação e pagamento nos próximos trimestres; estabilidade no nível de  
1109 liquidação; e redução do coeficiente de liquidação. Sobre os programas orçamentários, destacou os

1110 itens que receberam recursos adicionais em relação ao aprovado na LOA: Reest. de Hospitais  
1111 Universitários Federais – REHUF – R\$ 200 milhões; Média e Alta Complexidade - MAC (AIH/SIA/SUS)  
1112 – R\$ 10,9 milhões; Medicamentos Excepcionais – R\$ 20,4 milhões; Reaparelhamento Unidades do  
1113 SUS/MS – R\$ 21,49 milhões; Total FNS – R\$ 252.98 milhões. Em relação aos programas, destacou  
1114 1220 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, 1214 - Atenção Básica em Saúde e 1293  
1115 - Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, que representam 72% da dotação atualizada,  
1116 87% do valor empenhado e 79% do valor liquidado. No que se refere às Secretarias do Ministério,  
1117 destacou que o nível de empenhamento (NE) e liquidação (NL) foram, respectivamente: Secretaria de  
1118 Atenção à Saúde – 47% (NE) e 19% (NL); Secretaria Executiva – 24% (NE) e 23% (NL); Secretaria de  
1119 Vigilância em Saúde – 32% (NE) e 15% (NL); Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos  
1120 Estratégicos – 52% (NE) e 18% (NL); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –  
1121 20% (NE) e 2,9% (NL); Secretaria de Gestão Participativa – 15,6% (NE) e 6,2% (NL); e Secretaria  
1122 Especial da Saúde Indígena – 5,4% e 6,2%. No que se refere às unidades orçamentárias, os níveis de  
1123 empenhamento (NE) e liquidação (NL) foram os seguintes, respectivamente: Fundo Nacional de  
1124 Saúde – FNS: 45,5% (NE) e 18,3 (NL); Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA: 35% (NE)  
1125 e 7,4% (NL); Fundação Nacional de Saúde – FUNASA: 7,5% (NE) e 4,8% (NL); Fundação Oswaldo  
1126 Cruz – FIOCRUZ: 31,8% (NE) e 6% (NL); Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANSS: 32,2%  
1127 (NE) e 13,1% (NL); e Grupo Hospitalar Conceição – GHC: 38,47% (NE) e 12,16% (NL). Falou da  
1128 situação dos dez primeiros itens (representam 93% do total empenhado em Outros Custeio e Capital -  
1129 Ações e Serviços de Saúde), destacando que a maioria está adequado, com exceção do PAB Fixo  
1130 (regular) e Aquis. e Distribuição Medicamentos/DST/AIDS (liquidação inadequada), Hospitais Próprios  
1131 (liquidação regular) e Vacinas e Vacinação (liquidação inadequada). Sobre os Restos a Pagar  
1132 (Situação em 1º de abril de 2011), informou: inscritos e reinscritos: R\$ 12.739.092.131,57; cancelados:  
1133 R\$ 455.903.436,23 (3,6%); pagos: R\$ 2.734.597.356,73 (21,5%); e Saldo a Pagar: R\$  
1134 9.548.591.338,61 (74,9%). Detalhou os Restos a Pagar cancelados em 2011 (até 1º de abril), segundo  
1135 o ano de referência, explicando que 80% se refere a 2009 e 13% a 2010. Em relação aos Restos a  
1136 Pagar Cancelados em 2011 (até 1º de abril), segundo o ano de referência e principais unidades, citou  
1137 Fundo Nacional de Saúde (95,7%) e FUNASA (2,9%). Do saldo a pagar, 41,3% refere-se a 2010,  
1138 23,6% a 2009, 14,5% a 2007 e 11,6% a 2008. Por Unidade, citou a FUNASA que apresenta nível  
1139 elevado de saldo a pagar (49%), enquanto o FNS, com orçamento maior, tem 48,1%. Frisou que a  
1140 situação da FUNASA é preocupante, pois não se sabe se será possível liquidar. Por fim, destacou que  
1141 a COFIN recebeu do Ministério da Saúde as planilhas referentes à execução orçamentária acumulada  
1142 até março de 2011. Porém, não recebeu o Relatório Trimestral com a análise do Ministério da Saúde  
1143 sobre essa execução. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou a diminuição da  
1144 dotação para o Cartão SUS (de R\$ 100 milhões para R\$ 30 milhões) e perguntou se o valor é  
1145 suficiente para as ações previstas. Também manifestou preocupação com o nível elevado de saldos a  
1146 pagar de restos a pagar da FUNASA, pois há risco de incineração. Por fim, ressaltou a importância de  
1147 aumentar os recursos da Atenção Básica a fim de alcançar o planejado em termos de acesso e  
1148 qualidade. Conselheiro **Luís Eugenio de Souza**, primeiro, cumprimentou o Ministério da Saúde pelo  
1149 nível de empenho nesse primeiro trimestre e destacou que as Secretarias com mecanismo de  
1150 transferência Fundo a Fundo apresentam nível de desempenho melhor em relação às que não  
1151 utilizam esse mecanismo. Portanto, salientou que é preciso mecanismos de gestão para agilizar o  
1152 processo de empenho e liquidação para as unidades que não realizam empenho Fundo a Fundo.  
1153 Também ressaltou que se deve pensar um processo de prestação que contemple o cumprimento das  
1154 metas orçamentárias e as metas físicas. Conselheira **Rosangela Silva Santos** perguntou se a  
1155 situação econômica do país gera impacto nos serviços de saúde. Destacou a importância de  
1156 acompanhar a execução do PAB e dos Medicamentos Excepcionais, haja vista o efeito negativo de  
1157 uma execução irregular desses dois itens na ponta. Sobre as ações judiciais, destacou que vários  
1158 itens apresentam nível de liquidação zero e perguntou os motivos disso. Por fim, indagou se a Medida  
1159 Provisória com a dotação orçamentária de 40% será considerada para os hospitais universitários  
1160 federais. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** cumprimentou o assessor da COFIN pela exposição e  
1161 perguntou qual é a fonte de recursos de restos a pagar cancelados e se o valor pago de restos a  
1162 pagar (R\$ 2 bilhões) foi de acordo com as fontes originárias da dívida. Conselheira **Lígia Bahia**  
1163 sugeriu que na próxima apresentação da COFIN seja feita abordagem sobre emendas parlamentares  
1164 e orçamento da ANS (preocupação com o aumento do valor da rubrica orçamentária para empréstimo  
1165 a empresas privadas de planos de saúde). Também propôs que o Conselho debata o orçamento de  
1166 investimento do Ministério da Saúde. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore** cumprimentou a COFIN  
1167 pelo trabalho e lamentou o empenho e a liquidação inadequada da FUNASA. Conselheira **Maria do**  
1168 **Espírito Santo Tavares** manifestou sua preocupação com o nível inadequado de empenho e  
1169 liquidação do Programa de Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente no primeiro trimestre de  
2011 e os prejuízos à implementação das ações de combate ao câncer de mama e de colo de útero.  
1170 **Retorno da mesa.** O representante da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, cumprimentou a

1172 exposição do assessor da COFIN visto que pode servir de orientação ao Conselho. Iniciou  
1173 respondendo que o PAB Fixo é uma das ações executadas adequadamente e o nível inadequado de  
1174 execução refere-se ao PAB Vigilância (recursos arrecadados pela ANVISA, repassados ao Ministério  
1175 e, em seguida, transferido aos estados). Esclareceu que não é possível executar o orçamento de  
1176 forma equânime ao longo dos doze anos, pois é preciso considerar o tempo para que as Secretarias  
1177 tomem as suas decisões acerca da execução. No mais, recordou que houve mudanças internas no  
1178 Ministério da Saúde e políticas estão sendo repensadas. Destacou, por exemplo, que a execução do  
1179 item Medicamento Excepcional é adequada e o Ministério da Saúde continua com repasse Fundo a  
1180 Fundo aos estados (ressarcimento das despesas com internação hospital e compra de medicamentos  
1181 de alto custo). Destacou que no final de 2010 o Ministério da Saúde passou a assumir o processo de  
1182 aquisição e distribuição do medicamento, assim, o valor não é regular mês a mês. A respeito da  
1183 reestruturação dos hospitais universitários, informou que o montante de R\$ 252 milhões foi adicionado  
1184 ao orçamento do Ministério da Saúde de 2011 e até o mês de junho de 2011 será liquidado a despesa  
1185 com os hospitais universitários (última parcela, visto que já foram pagas duas). Sobre os Restos a  
1186 Pagar da FUNASA, lembrou que a Fundação ingressou no PAC com o compromisso de aplicar, em  
1187 quatro anos, R\$ 4 bilhões em saneamento. Para isso, a FUNASA seleciona os projetos, faz o  
1188 empenho e aguarda a apresentação dos projetos pelos municípios. Esse fato gera uma demora na  
1189 execução dos recursos, mas se espera que a Fundação consiga executar esse montante de recursos  
1190 em 2011. Sobre as ações voltadas à saúde da mulher, explicou que é difícil fazer recorte – sexo, raça,  
1191 faixa – porque o grande volume de recursos repassados pelo Ministério da Saúde está alocado na  
1192 cobertura da atenção hospitalar, nos agentes comunitários de saúde e no PAB. Assim, as ações  
1193 voltadas a grupos específicos (saúde da mulher, saúde do homem...) refere-se à implementação da  
1194 Política. Sobre a ANS, explicou que uma das ações da Agência é a concessão de empréstimo para  
1195 liquidação das operadoras de planos privados e assistência à saúde (Lei 9.961/2000). Explicou que  
1196 não há recurso para empréstimo a agências e o recurso que consta do orçamento destina-se a  
1197 financiar o inventariante que fará a liquidação do espólio da empresa. Acrescentou que esse recurso  
1198 deve ser resarcido na apuração final com relação aos que os donos da empresas possuem com  
1199 terceiros. Disse que isso não tem ocorrido, porque, ao fazer a apuração final, o saldo devedor é maior.  
1200 Também salientou que esse recurso não entra no cômputo para efeitos de cumprimento da EC nº. 29.  
1201 Sobre a situação econômica do país, explicou que não se aplicou ao setor saúde o contingenciamento  
1202 de R\$ 50 bilhões, por conta da EC nº. 29. Assim, fora disponibilizado ao Ministério da Saúde o valor  
1203 mínimo necessário para o cumprimento da EC nº. 29. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,  
1204 Presidente do CNS, acrescentou que não se deve avaliar a execução das políticas apenas pela  
1205 análise da execução orçamentária. Informou que estão sendo feitos balanços públicos das políticas  
1206 prioritárias do Ministério da Saúde e o resultado desse processo pode auxiliar o CNS na avaliação das  
1207 políticas. Destacou, a propósito da saúde da mulher, que grande parte do recurso destinado ao  
1208 combate do câncer de colo de útero e de mama está alocada nos recursos da média e alta  
1209 complexidade e o item 32 - Atenção saúde da mulher, criança, adolescente e jovem refere-se à  
1210 coordenação da política. Sobre a FUNASA, disse que é injusto comparar a unidade que executa por  
1211 convênio com a que o faz Fundo a Fundo, visto que são instrumentos diferentes de repasse, sendo o  
1212 último mais ágil em relação ao primeiro. Esclareceu ainda que está em processo de negociação a  
1213 definição do valor per capita do PAB Fixo, o que interfere na execução. De todo modo, concordou que  
1214 é preciso retomar o processo de ampliação do recurso para atenção básica a fim de reduzir a  
1215 diferença em relação à média e alta complexidade. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,  
1216 explicou que, diferente do que aconteceu em outro momento, o contexto macroeconômico não gerou  
1217 restrição à execução orçamentária do Ministério. Disse que, caso o processo de execução do gasto  
1218 mínimo continue acelerado como está, o volume de Restos a Pagar em 2012 será menor. A respeito  
1219 dos restos a pagar da FUNASA, disse que a preocupação acerca do volume é se a Fundação terá  
1220 capacidade de execução para tal. Esclareceu que as ações judiciais referem-se, na maior parte, a  
1221 precatórios trabalhistas e não à judicialização. Conselheira **Rosangela Santos Silva** explicou que o  
1222 Rio de Janeiro enfrentou problemas de dispensação de medicamentos e os estados afirmam que o  
1223 Ministério da Saúde não repassou recurso. No seu ponto de vista, seria necessária intervenção dos  
1224 conselhos de saúde para que as ações e serviços sejam monitoradas por questões de financiamento  
1225 e de gestão. Conselheira **Lígia Bahia** explicou que a concessão de empréstimo para liquidação das  
1226 operadoras de planos privados e assistência à saúde está na regulamentação da Lei e o CEBES foi  
1227 contra a inclusão desse dispositivo. Ressaltou que se trata de uma interpretação da lei e o problema  
1228 refere-se ao fato de haver uma burocracia pública a favor dessa questão. Destacou que é preciso unir  
1229 força para modificar essa questão. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** sugeriu que a prestação de  
1230 contas seja feita por bloco de financiamento para clarificar algumas questões. Conselheiro **Fernando**  
1231 **Luiz Eliotério** perguntou se o cancelamento ocorrido pode comprometer o cumprimento da EC nº. 29.  
1232 O representante da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, ressaltou que é obrigação de qualquer  
1233 gestor responsável por executar recursos públicos dar total transparência às ações. Nesse sentido,

1234 sugeriu que o CNS convide a ANS para tratar da questão levantada pela Conselheira Lígia Bahia. De  
1235 todo modo, reiterou que a Agência cumpre o que está prevista na Lei: intervir e garantir liquidação e  
1236 pagamento dos devedores ou credores da instituição. Explicou que o Ministério da Saúde repassa à  
1237 COFIN as informações solicitadas e a Comissão as apresenta da maneira que melhor lhe convém.  
1238 Portanto, ponderou que é possível fazer prestação por blocos de financiamento. Destacou, por  
1239 exemplo, que o Fundo Nacional de Saúde realiza a sua execução orçamentária por blocos de  
1240 financiamento. Por fim, informou que o relatório trimestral do Ministério da Saúde será apresentado  
1241 até o dia 15 de maio. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, informou que está agendada a  
1242 apresentação do relatório trimestral do MS na próxima reunião da COFIN. Explicou que houve esforço  
1243 para fazer a prestação por blocos de financiamento, mas se enfrentou dificuldade. Contudo, destacou  
1244 que, se for possível, este é um componente a mais na avaliação da execução. Por fim, disse que o  
1245 entendimento da COFIN é que os restos a pagar cancelados deveriam ser objeto de aplicação  
1246 adicional como compensação no exercício seguinte. Contudo, ainda não foi definida solução para  
1247 compensar o que foi cancelado nos últimos anos. Feitas essas considerações, a mesa listou os  
1248 encaminhamentos: envolver as Comissões do CNS no processo de análise qualitativa da execução  
1249 orçamentária do Ministério da Saúde; apresentar detalhamento do investimento do Ministério da  
1250 Saúde e das emendas parlamentares; e apresentar análise da execução por blocos de financiamento.  
1251 **Deliberação: aprovado o relatório da reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 4 de maio e as**  
1252 **seguintes sugestões: envolver as Comissões do CNS no processo de análise qualitativa da**  
1253 **execução orçamentária do Ministério da Saúde; apresentar detalhamento do investimento do**  
1254 **Ministério da Saúde e das emendas parlamentares; e apresentar análise da execução por**  
1255 **blocos de financiamento.** Na sequência, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** apresentou a  
1256 programação do Seminário Nacional de Orçamento e Financiamento, dia 7 de junho de 201, no  
1257 Auditório do Tribunal de Contas da União, em Brasília/DF: 8h às 9h30min – Credenciamento. 9h30min  
1258 às 10h - Mesa de Abertura: Alexandre Rocha Santos Padilha, Presidente do Conselho Nacional de  
1259 Saúde; e Fernando Luiz Eliotério, Coordenador da Comissão de Orçamento e Financiamento. 10h às  
1260 12h30 - Mesa 1- Análise de Conjuntura do Financiamento da Saúde - Coordenação: Jorge Almeida  
1261 Venâncio – Usuário, Palestrantes: Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Debatedores:  
1262 Ronald Ferreira dos Santos e Alcides dos Santos Ribeiro. 12h30 às 14h – Almoço. 14h às 15h - Mesa  
1263 2 – Regulamentação Emenda Constitucional nº 29/2000 – Estado da Arte. Coordenação: Rosângela  
1264 da Silva Santos (Usuário). Palestrantes: Elias Antônio Jorge e Viviane Rocha Luiz – CONASS/COFIN.  
1265 15h às 15h30 - Debate Mesa 2. 15h30 às 16h30 - Mesa 3 – Apresentação do Manual de Orçamento e  
1266 Financiamento. Apresentação: Francisco Rózsa Funcia – COFIN. 16h30 às 17h – Encerramento.  
1267 Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu incluir o debate da reforma tributária no seminário. Conselheiro  
1268 **Clóvis Boufleur** sugeriu que o seminário trate do PL 6.411/05, que estende para os gestores do SUS  
1269 a obrigação da prestação de contas. **Deliberação: aprovada a programação do Seminário da**  
1270 **COFIN/CNS, com a sugestão de incluir debate sobre a reforma tributária no item análise de**  
1271 **conjuntura e do PL 6.411/05. ITEM 3 – Seminário de Serviço Civil em Saúde e Judicialização em**  
1272 **Saúde - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS.  
1273 **Coordenação:** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS. A Secretária-Executiva do  
1274 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a proposta de modificar o Seminário de Serviço  
1275 Civil em Saúde e Judicialização em Saúde, previsto para 28 a 30 de junho, porque a maioria das  
1276 conferências municipais serão realizadas nesse período. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1277 lembrou que o objetivo principal do Seminário é fomentar o debate dos temas serviço civil em saúde e  
1278 judicialização em saúde nas conferências, portanto, defendeu que a atividade seja realizada antes das  
1279 conferências municipais. **Deliberação: o Pleno aprovou o adiamento do Seminário e delegou ao**  
1280 **GT de preparação, junto com a Secretaria-Executiva do CNS, a definição de nova data.** Definido  
1281 esse ponto, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram  
1282 presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,**  
1283 **Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza**  
1284 **C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Francisco**  
1285 **Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Magalhães Júnior, João Donizeti Scaboli,**  
1286 **João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Marcos de**  
1287 **Oliveira, José Rubens Rebelatto, Juneia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lírida Maria S.**  
1288 **Vieira, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves**  
1289 **Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A.**  
1290 **Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Remígio Todeschini, Rosangela da Silva Santos,**  
1291 **Rosemary Dutra Leão, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Ubiratan Cassano Santos,**  
1292 **Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Wilson Valério da Rosa Lopes. Suplentes: Alexandre**  
1293 **Magno Lins Soares, Ana Estela Haddad, Antônio Alves de Souza, Eliane Aparecida da Cruz,**  
1294 **Eurídice Ferreira de Almeida, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara Matos de**  
1295 **Azevedo, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Júlia Maria Roland, Júlio Cesar Figueiredo**

1296 **Caetano, Laudeci Vieira dos Santos, Liorcino Mendes P. Filho, Lucélia S. Costa, Luís Carlos**  
1297 **Bolzan, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Luiz Fernando C. Silva, Maria Laura**  
1298 **Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Pedro Tourinho de Siqueira, Rildo Mendes e Verônica**  
1299 **Lourenço da Silva.** O conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, iniciou o segundo  
1300 dia de reunião cumprimentando os presentes e os internautas e, na sequência, apresentou minutas de  
1301 recomendação e moção, para apreciação do Pleno. Primeiro, fez a leitura da proposta de  
1302 recomendação do CNS à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério que implante um sistema  
1303 de absoluta transparência na remessa dos medicamentos de compra centralizada às Unidades  
1304 Federativas, publicando no sítio do Ministério as demandas de cada Unidade da Federação,  
1305 juntamente com os protocolos de entrega dos referidos medicamentos. **Deliberação: aprovada a**  
1306 **recomendação do CNS à Secretaria de Ciência e Tecnologia/MS.** Em seguida, apresentou Moção  
1307 de louvor do CNS aos dez Ministros e Ministras do Supremo Tribunal Federal do Brasil – STF pela  
1308 decisão histórica e por unanimidade da Inconstitucionalidade do artigo 1723 do Código Civil do Brasil  
1309 e a afirmação do artigo 5º da Constituição Federal reconhecendo o princípio da isonomia de direitos  
1310 como pilar da democracia no Brasil. Tal decisão estende à população LGBT cento e doze direitos já  
1311 garantidos no caso de casais heterossexuais. O CNS parabeniza o Supremo Tribunal Federal por  
1312 reconhecer a dignidade das pessoas humanas com orientação sexual homossexual (Lésbicas, e  
1313 Gays) e identidade de gênero (travestis e transexuais) possibilitando a estes cidadãos e estas cidadãs  
1314 brasileiras o direito de se constituir legalmente como entidade familiar. Além disso, afirma a  
1315 importância do cumprimento integral da Constituição Federal, notadamente o artigo 5º que coíbe todo  
1316 tipo de discriminação e preconceito por cor, raça, credo, sexo, origem e classe social, garantindo a  
1317 isonomia de direitos às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, já consagrados aos  
1318 cidadãos heterossexuais. Reafirma a importância da laicidade do Estado e o fortalecimento do Estado  
1319 Democrático de Direito! Por um Brasil sem homofobia, lesbofobia, transfobia! Por um Brasil com  
1320 Igualdade, Equidade, Dignidade, Liberdade, Justiça - preceitos fundamentais para uma vida com  
1321 saúde! Conselheiro **Clóvis Boufleur** começou a sua fala destacando que o Brasil é um país  
1322 democrático de direito e as opiniões distintas devem ser respeitadas. Na condição de representante  
1323 da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), explicou que a preocupação principal acerca  
1324 da decisão do STF refere-se à preservação do conceito de família, conforme prevê a doutrina da igreja  
1325 católica. Contudo, frisou que não se trata de uma posição contra as pessoas, lembrando inclusive que  
1326 a Conferência repudia qualquer forma de discriminação e preconceito. Colocou, no entendimento da  
1327 CNBB, que o STF extrapolou os limites de sua competência ao decidir sobre essa questão e abriu um  
1328 precedente perigoso para a estabilidade democrática do país. Diante desses argumentos, declarou o  
1329 seu voto contrário à moção de apoio à decisão do STF. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**,  
1330 após registrar a presença da representação da LGBT no CNS – titularidade e suplência, avaliou que a  
1331 decisão do STF reconhece um direito constitucional e, nessa linha, defendeu a laicidade do Estado e  
1332 a garantia dos direitos da dignidade das pessoas - homens e mulheres. Destacou que as uniões  
1333 homoafetivas já acontecem há tempos e a novidade é o reconhecimento legal delas. Conselheira  
1334 **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a sua satisfação por mais um direito adquirido pela população do  
1335 país e ressaltou que é dever do STF garantir a isonomia em relação aos direitos. Conselheiro **Alcides**  
1336 **Silva de Miranda** registrou o seu apoio à moção visto que a decisão refere-se ao direito da pessoa  
1337 humana. Conselheira **Juneia Martins Batista** manifestou o apoio da CUT à moção e avaliou como  
1338 arcaica e retrógada a posição da CNBB de não reconhecer a decisão do Supremo. Conselheiro  
1339 **Abrahão Nunes da Silva** também registrou o apoio à moção visto que reconhece um direito adquirido  
1340 e solicitou que o CNS também avalie e se manifeste sobre decisões do Supremo que prejudique a  
1341 classe trabalhadora. Conselheiro **Clóvis Boufleur** dialogou com a conselheira Juneia Martins Batista  
1342 destacando que tentou ser objetivo e respeitoso ao expor a posição da entidade que representa no  
1343 CNS. Ressaltou que a Confederação é uma instituição de referência nacional e possui as suas  
1344 convicção como as demais entidades que compõem o CNS, portanto, solicitou que a sua posição  
1345 fosse respeitada. Conselheira **Sandra Régis**, em nome da CEPA, manifestou o apoio à decisão do  
1346 STF, mas solicitou respeito às ideologias da igreja, independente de qual seja. Conselheira **Maria de**  
1347 **Lourdes Rodrigues** aproveitou para registrar que o conselheiro Liorcino Mendes Pereira Filho foi o  
1348 primeiro a registrar a sua união homoafetiva após a decisão do STF e convidou os conselheiros a  
1349 participar da cerimônia religiosa do casamento dele, no dia 7 de setembro, em Goiânia, por uma igreja  
1350 evangélica. **Deliberação: a moção de louvor à decisão do STF foi aprovada com o voto contrário**  
1351 **do Conselheiro Clóvis Boufleur.** Em seguida, o Presidente do CNS apresentou moção de apoio do  
1352 CNS ao trabalho desenvolvido pela Câmara Federal, através da Comissão de Constituição de Justiça  
1353 e de Cidadania – CCJ, em especial à aprovação nesta Comissão do Projeto de Lei nº 6.411 de 2005,  
1354 sendo a proposição originária o Projeto de Lei do Senado nº 71 de 2003, de autoria do Senador Tião  
1355 Viana, que “altera a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto  
1356 Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências, para que a  
1357 prestação de contas dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) ao Poder Legislativo estenda-se

1358    *a esfera federal do governo*”, considerando sua importância para o exercício do Controle Social em  
1359    suas várias instâncias, em defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Deliberação: a**  
1360    **moção de apoio do CNS à aprovação do PL nº. 6.411/05 foi aprovada.** Em seguida, o Presidente  
1361    do CNS saudou a nova conselheira Lucélia Silva Costa e, na sequência, abriu o debate sobre a  
1362    coordenação da CIRH/CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** recuperou o acordo político do  
1363    CNS que as comissões devem ser coordenadas, preferencialmente, por conselheiros com identidade  
1364    com a Comissão e que a coordenação da CIRH deve ser feita por um representante do segmento dos  
1365    trabalhadores da saúde. Lembrou, inclusive, que a CIRH era coordenada pela ex-conselheira Maria  
1366    Natividade Santana, que era representante dos trabalhadores e, posteriormente, passou a representar  
1367    os gestores. Entendendo a importância de continuar o trabalho à frente da CIRH, a Conselheira  
1368    manteve-se na coordenação, mesmo na condição de representante do gestor. Diante desses  
1369    argumentos, apelou ao Plenário pela manutenção do acordo político de um representante do  
1370    segmento dos trabalhadores da saúde na coordenação da CIRH/CNS e ao segmento gestor/prestador  
1371    pelo acatamento desse acordo interno. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** colocou que, no  
1372    entendimento do Ministério da Saúde, não há acordo sobre o exercício da coordenação das  
1373    comissões, no caso a CIRH, por segmento determinado e a coordenação dessa Comissão deve ser  
1374    definida por afinidade. Nessa linha, salientou a participação ativa da SGTES na CIRH/CNS e avaliou  
1375    que a manutenção do segmento gestor na coordenação permitirá a continuidade ao trabalho de  
1376    fortalecimento da Comissão. Em seguida, foi aberta uma rodada de intervenções com argumentos a  
1377    favor do exercício da coordenação por representante do trabalhador e outros a favor da coordenação  
1378    por representação do gestor. Conselheiro **Remígio Todeschini** defendeu que o segmento gestor  
1379    coordene a CIRH para dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido. Conselheiro  
1380    **Alcides Silva de Miranda** destacou que, independente da indicação para coordenar a CIRH, se  
1381    apresente uma agenda de trabalho para enfrentar inclusive os desafios postos. Conselheiro **Arilson**  
1382    **da Silva Cardoso** destacou que o CONASEMS destaca a importância da participação dos  
1383    trabalhadores da saúde na CIRH, mas comprehende que a coordenação deva ser do Ministério da  
1384    Saúde, inclusive para estreitar as relações com o Ministério da Educação e garantir a legitimidade das  
1385    decisões do CNS. Conselheira **Lígia Bahia** registrou que a ABRASCO não firmou acordo sobre a  
1386    coordenação da CIRH, por entender que o CNS é um todo e não deve ser segmentado. Também  
1387    ressaltou que é papel da CIRH tratar da formação de recursos humanos para o país e não ser uma  
1388    mesa de negociação das questões trabalhistas. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** colocou  
1389    que o CNS é um espaço de diálogo e de construção de políticas e o segmento dos usuários  
1390    reconhece o amadurecimento do Conselho nessa linha no último período. Ressaltou que os usuários  
1391    têm buscado o diálogo para resolver as questões e, a respeito da CIRH/CNS, avaliou que deve ser  
1392    coordenada pelo gestor, lembrando, inclusive, que é a única comissão coordenada por esse  
1393    segmento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que o segmento dos trabalhadores da  
1394    saúde decidiu não polemizar essa questão, visto que o segmento sabe o que está ocorrendo e a  
1395    correlação de forças. Contudo, fez questão de esclarecer que o segmento dos trabalhadores não está  
1396    apelando para burocratização ou ação corporativista de um debate fundamental e eminentemente  
1397    político. Conselheira **Jurema Werneck** avaliou que está em jogo a possibilidade de o CNS cumprir o  
1398    seu papel da melhor forma possível, sem perder de foco a implementação do SUS como fora  
1399    pensado. Ressaltou que o voto do Plenário deve apoiar-se na democracia e no desejo da sociedade  
1400    de fazer do SUS o que se sonha, pois os usuários precisam que o Sistema seja o que precisa ser.  
1401    Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou o seu desconforto com questionamento acerca da sua  
1402    representação no CNS, visto que os conselheiros representam as suas entidades e o posicionamento  
1403    da base. Ressaltou que, ao votar no CNS, o faz com autonomia e segundo as suas convicções.  
1404    Conselheira **Marisa Fúria Silva** lamentou essa disputa pela coordenação da CIRH/CNS e reiterou que  
1405    cabe ao Plenário do CNS definir as coordenações das suas comissões que têm a função de subsidiá-  
1406    lo. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** avaliou que houve um fortalecimento do CNS sob a nova  
1407    gestão do Ministério da Saúde e não considerou viável retirar da gestão do governo a única comissão  
1408    que coordena das 26 do CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland** ressaltou que, mesmo questões  
1409    pontuais, remetem a reflexões maiores, inclusive sobre o papel do Conselho, que levam ao  
1410    amadurecimento. Colocou que o debate pode auxiliar as pessoas também a mudar de opinião, ainda  
1411    que seja diferente daquela definida pelos fóruns. Avaliou que a posição do gestor de continuar na  
1412    coordenação da CIRH deve ser vista como um ato para fortalecer a Comissão. Conselheiro **José**  
1413    **Carrijo Brom** destacou que o Plenário é um coletivo com o propósito de fortalecer o CNS, ainda que  
1414    haja posicionamentos políticos distintos. Também esclareceu que não é intenção do segmento dos  
1415    trabalhadores transformar a Comissão em um espaço de disputa sindical e nem desqualificar qualquer  
1416    representação. No mais, retificou que o segmento gestor coordena a CIRH, a CIEPCSS e o Conselho  
1417    Nacional de Saúde. Considerando que não foi possível chegar a consenso, sugeriu que as indicações  
1418    fossem submetidas à votação, a fim de evitar desgastes. Antes proceder à votação, conselheiro  
1419    **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, esclareceu que o Conselho é presidido por ele, na

1420 condição de Ministro da Saúde, tendo sido eleito democraticamente. Também esclareceu que são 26  
1421 Comissões do CNS, sendo dezesseis coordenadas por usuários, sete por trabalhadores e duas por  
1422 gestores (uma pelo MS e outra pelo CONASEMS). Feito esse esclarecimento e não havendo  
1423 consenso, colocou em votação a proposta: manter a coordenação da CIRH com o segmento gestor,  
1424 sendo exercida por um representante do Ministério da Saúde. **Deliberação: aprovado, com 27 votos**  
1425 **favoráveis, dez votos contrários e duas abstenções** (**Conselheiro Artur Custório de Souza e**  
1426 **Conselheira Juneia Batista**), que o segmento do gestor continuará na coordenação da  
1427 CIRH/CNS. Foi indicado o nome da Conselheira Ana Estela Haddad. Conselheiro Artur Custório  
1428 de Souza declarou que se absteve da votação para colocar que disputas enfraquecem o  
1429 poder de negociação do CNS, enquanto colegiado. Conselheira Juneia Batista declarou que se  
1430 absteve da votação por ser a primeira reunião do CNS da qual participava. Conselheiro Alexandre  
1431 Rocha Padilha, Presidente do CNS, fez referência à fala do conselheiro Francisco Batista Júnior que,  
1432 na sua avaliação, questionou o processo democrático e centrou-se na afirmação de um acordo político  
1433 que não confirmado pelas intervenções. Ressaltou que as posições divergentes devem ser  
1434 explicitadas para evitar questionamento posterior do processo democrático, porque isso não contribui  
1435 para o fortalecimento da democracia, do controle social e do CNS. Por fim, apelou a todos que,  
1436 independente de concordar ou não, respeitem o resultado da votação a fim de evitar questionamentos  
1437 posteriores. Conselheira Lérida Maria dos Santos Vieira lembrou que o Pleno é soberano e o  
1438 segmento dos trabalhadores acata a decisão da maioria. Conselheiro Francisco Batista Júnior  
1439 salientou que a sua intervenção inicial foi clara e direta e as intervenções seguintes inclusive  
1440 levantaram dúvidas à sua fala. Diante disso, na fala seguinte, tentou esclarecer os propósitos do  
1441 segmento dos trabalhadores deixando claro que a posição não se baseava no corporativismo e no  
1442 burocratismo. Disse que a declaração de que o segmento sabe do que está em jogo não significa  
1443 desconfiança em relação aos conselheiros, mas sim reconhecimento de que há divergências com o  
1444 governo, por exemplo, em relação à gestão do trabalho. Portanto, havendo divergências entre projetos  
1445 e propostas, é natural disputar espaços estratégicos, como é a CIRH/CNS. Por fim, salientou que em  
1446 nenhum momento questionou ou questionará o processo, contudo, diante de divergências políticas, o  
1447 segmento se manifestará. Conselheiro Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS, ressaltou que  
1448 eventuais divergências devem ser debatidas no Pleno, visto que a CIRH/CNS é uma comissão  
1449 assessora deste. Antes de passar para o próximo item da pauta, Conselheiro Arilson da Silva  
1450 Cardoso registrou a distribuição aos conselheiros do documento do CONASEMS "A atenção básica  
1451 que queremos". Conselheiro José Marcos de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a  
1452 coordenação dos trabalhos e a Secretaria-Executiva do CNS retomou as pendências dos itens  
1453 informes e indicações. **i) INDICAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA COMISSÃO DE CIÊNCIA E**  
1454 **TECNOLOGIA – CICT/CNS.** Conselheira Lígia Bahia indicou o Conselheiro Luis Eugenio Portela  
1455 para coordenação, mas foi esclarecido que o coordenador deveria ser um conselheiro titular, pois, nos  
1456 termos do Regimento Interno do CNS, um dos coordenadores das comissões deve ser titular e o  
1457 coordenador-adjunto da CICT é suplente. Conselheiro Francisco Batista Júnior sugeriu que a  
1458 titularidade da ABRASCO assumisse a coordenação e, posteriormente, na estruturação das  
1459 comissões, se necessário, a coordenação poderia ser redefinida. **Deliberação: aprovada a indicação**  
1460 **da Conselheira Lígia Bahia para coordenação da CICT/CNS.** Na reestruturação das comissões,  
1461 se necessário, a coordenação será redefinida. **e) Indicação para o comitê do Programa de**  
1462 **Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde.** Deliberação: aprovadas as seguintes indicações:  
1463 Usuário: Gilson Silva; e Trabalhador: Ruth Ribeiro Bittencourt. **f) INDICAÇÃO DO CONSELHO**  
1464 **EDITORIAL DA REVISTA DO CNS.** Deliberação: aprovadas as seguintes indicações: Assessoria  
1465 de Comunicação do Ministério da Saúde: Leônidas Albuquerque; Comissão Intersetorial de  
1466 Comunicação e Informação em Saúde do CNS: os dois representantes serão indicados na  
1467 próxima reunião da CICIS; Plenário do CNS: Jurema Werneck; Alcides de Miranda; Nelson  
1468 Mussolini; e Francisco Batista Júnior. A primeira reunião do conselho editorial será no dia 27  
1469 de maio. **i) FÓRUM INTERCONSELHOS.** Data: 24 e 25 de maio de 2011. Local: Brasília – DF.  
1470 Realização: - Secretaria Nacional de Articulação Social da Presidência da República e Secretaria de  
1471 Planejamento e Investimentos Estratégicos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.  
1472 Pauta: PPA 2012/2015. Indicação: 14 vagas (Trabalhador e Usuário). Deliberação: aprovadas as  
1473 seguintes indicações: COFIN - Francisco Rozsa Funcia, Silvio Roberto Leal da Silva, Fernando  
1474 Luiz Eliotério, Alcides dos Santos Ribeiro e Sérgio Metzger. Trabalhadores - Eurídice Ferreira de  
1475 Almeida, Fernanda Magano, Jovita José Rosa e Ronald Ferreira. Usuários - Abrahão Nunes da  
1476 Silva, Marisa Fúria Silva, Clóvis Boufleur, Edmundo Dzuaiwi Omore e Maria do Espírito Santo  
1477 Tavares (suplente). **j) INDICAÇÃO PARA O PRIMEIRO ENCONTRO SUL-AMERICANO DE**  
1478 **CONSELHOS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÕES AFINS: "UNIVERSALIZANDO O DIREITO À SAÚDE**  
1479 **E SEGURIDADE SOCIAL NO ABYA AYALA".** Local: Copiapó, III Região Atacama – Chile. Data: 24  
1480 a 26 de junho de 2011. Convidado: Francisco Batista Júnior. A atividade é uma continuação da I  
1481 Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social.

1482 Considerando que o Chile passa por grandes transformações, Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1483 sugeriu a participação de uma delegação do CNS a fim de apoiar o movimento no Chile, em que pese  
1484 o corte orçamentário. A Secretaria-Executiva do CNS, considerando o corte orçamento e o volume de  
1485 conferências municipais nessa data, sugeriu a indicação de dois representantes (Conselheiro  
1486 Francisco Batista e um usuário). **Deliberação: aprovada a indicação do Conselheiro Francisco**  
1487 **Batista Júnior e de um representante dos usuários para participar do encontro (a SE/CNS**  
1488 **aguarda a indicação do nome).** m) **CONGRESSO DO CONASEMS** – 10 vagas com isenção de taxa  
1489 de inscrição e duas que o CNS arcará com a despesa. **Deliberação: aprovadas as seguintes**  
1490 **indicações: Usuários (5 vagas)** – **Maria do Espírito Santo, Sandra Régis, Gilson Silva, Jurema**  
1491 **Werneck, Alexandre Magno, Rosangela Santos e Júlio Caetano.** Trabalhadores (3 vagas): a  
1492 indicar. Gestores/prestadores (2 vagas): a indicar. **OFICINA DE DIVERSIDADE NO CONGRESSO**  
1493 **DO CONASEMS** – será organizada pelo CONASEMS. **Deliberação: aprovadas as seguintes**  
1494 **indicações: Maria do Espírito Santo, Jurema Werneck, Maria de Lourdes Rodrigues, José**  
1495 **Marcos de Oliveira e Marisa Furia Silva.** Seminário de Serviço Civil em Saúde e Judicialização  
1496 em Saúde. **Deliberação:** o Plenário decidiu realizar o Seminário, com duração de dois dias,  
1497 próximo ou junto com o Congresso do CONASEMS, que será realizado de 9 a 12 de julho, para  
1498 possibilitar a presença dos participantes do Congresso e anteceder as etapas municipais da  
1499 14ª CNS. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** convidou os conselheiros a participar do encontro  
1500 no dia 24 de maio de 2011, em São Paulo, em comemoração ao dia de conscientização da esclerose  
1501 múltipla. **ITEM 9 – RESOLUÇÃO CNS Nº. 333/03 - Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Adalberto**  
1502 **Boufleur.** Coordenação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS.  
1503 Conselheiro **Clóvis Adalberto Boufleur** recuperou que o GT de Reformulação da Resolução nº. 333  
1504 apresentou uma proposta em outubro de 2010, tendo sido aprovado o texto até o inciso V da Terceira  
1505 Diretriz. Lembrou que o Pleno iniciou o debate do VI da Terceira Diretriz, mas não avançou porque há  
1506 uma divergência de mérito nesse ponto. Feitos esses esclarecimentos, passou à leitura da Terceira  
1507 Diretriz a partir do inciso VI: “VI. A Representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em  
1508 relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de  
1509 chefia ou de confiança na gestão do SUS ou como prestador de serviços de saúde não pode ser  
1510 representante dos usuários e trabalhadores (as). A ocupação de funções na área saúde que interfiram  
1511 na autonomia representativa do Conselheiro(a), deve ser avaliada como possível impedimento da  
1512 representação de usuário (a) e trabalhador (a), e a juízo da entidade, pode ser indicativo de  
1513 substituição do Conselheiro(a)”. Proposta do FENTAS: “VI – A representação de cada segmento deve  
1514 ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho: a)  
1515 trabalhadores de saúde no pleno exercício de sua profissão não podem ser representante dos  
1516 usuários; b) entidades prestadoras de serviços não podem representar os usuários e nem os  
1517 trabalhadores da saúde; e c) A ocupação de cargos de confiança em instâncias governamentais não  
1518 pode representar o segmento de usuários e trabalhadores.” Na sequência, fez a leitura dos incisos VII,  
1519 VIII, IX e X da Terceira Diretriz, sendo: “VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário ou de  
1520 seus membros, como conselheiro, não é permitida nos Conselhos de Saúde, em face da  
1521 independência entre os Poderes. VIII - Quando não houver Conselho de Saúde constituído ou em  
1522 atividade no município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal,  
1523 a convocação e realização da Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos  
1524 a estruturação e composição do conselho. O mesmo será atribuído ao CNS, quando não houver  
1525 Conselho Estadual de Saúde constituído ou em funcionamento. IX - As funções de membro do  
1526 conselho de saúde não serão remuneradas, considerando-se o seu exercício, relevante serviço  
1527 público e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. Para fins de  
1528 justificativa junto aos órgãos, entidades competentes e instituições, o conselho de saúde emitirá  
1529 declaração de participação de seus membros durante o período de reuniões, representações,  
1530 capacitações e outras atividades específicas. X - O conselheiro no exercício de sua função responde  
1531 pelos seus atos conforme legislação vigente.” Concluída a leitura, reiterou que, no caso do inciso VI,  
1532 há uma divergência de mérito, e, no caso dos demais incisos, as sugestões ao texto apresentado pelo  
1533 GT são de forma. Na sequência, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Lígia Bahia**  
1534 avaliou que a proposta de redação para o inciso VI visa atenuar o conflito de interesse e essa é uma  
1535 questão importante. Contudo, manifestou preocupação com a letra “c) A ocupação de cargos de  
1536 confiança em instâncias governamentais não pode representar o segmento de usuários e  
1537 trabalhadores”, porque essa determinação inviabilizaria, por exemplo, a participação no CNS de um  
1538 conselheiro que é chefe de departamento de uma universidade. Defendeu uma redação direta e clara  
1539 na lógica de que as representações não podem ter conflito de interesse em relação ao que  
1540 representam no CNS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** ressaltou que a Resolução nº. 333  
1541 se refere à estrutura do SUS e não, por exemplo, de uma universidade. Conselheiro **Jorge Alves**  
1542 **Venâncio** avaliou que a essência do debate é: o CNS tem representação coletiva ou de indivíduos.  
1543 Manifestou apoio à proposta do GT), porque diversas entidades populares nacionais possuem equipes

da qual fazem partes profissionais de saúde e estes têm compromisso de lealdade com essas entidades e suas bases. Portanto, restringir essa participação representaria um retrocesso e, no mais, a decisão sobre a representação é da entidade e o CNS deve apoiá-la. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** destacou que é necessária reflexão mais profunda sobre este ponto, visto que, na sua visão, cargo de confiança expressa o interesse da gestão e os interesses dos governantes nem sempre são os mesmos da população. Defendeu a restrição para garantir, de fato, a representação dos usuários na vaga desse segmento. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** destacou que as entidades representantes de interesses dos trabalhadores da saúde e dos segmentos de usuários possuem legitimidade e não podem ser tuteladas na sua prerrogativa de estabelecer formas de representação. Por outro lado, há um conjunto de realidades (âmbitos locais) em que a representação de interesses exclusivamente por entidades é inviável. Diante da dificuldade de trabalhar uma proposta que dê conta dessa complexidade, defendeu uma formulação que não impeça o amadurecimento do processo de democracia participativa. Conselheiro **José Carrijo Broum**, considerando que as representações no CNS são de entidades, manifestou preocupação com a possibilidade de criar uma regra que fira a autonomia e a independência das entidades e possibilite questionamento que inviabilize a Resolução nº. 333. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a situação dos conselhos de saúde do país é mais tranquila em função de regras mais claras de composição desses colegiados. Reiterou que o CNS há tempo é cobrado para resolver essa questão e, no seu ponto de vista, é hora de fazê-lo. Disse que esse debate refere-se ao CNS como um todo visto que se discute representatividade e legitimidade de todos os segmentos. Além disso, ressaltou que autonomia das entidades não significa ausência de regras disciplinadoras no processo político. Citou, por exemplo, o caso de um conselho municipal de Pernambuco onde todas as vagas de trabalhadores são ocupadas por apenas uma categoria profissional e não há impedimento legal para isso. Ressaltou que o CNS avançou em questões importantes como limite para mandato de pessoas físicas e número de coordenações por conselheiros e o Conselho também tem maturidade para avançar em relação à representatividade. Isso significa responder ao que ocorre no país e apontar para o fortalecimento da participação dos diversos segmentos. Considerando que não há consenso, sugeriu colocar as duas propostas em consulta pública. Conselheiro **Volmir Raimondi** defendeu que usuário é aquele que usa o sistema e o primeiro princípio a ser considerado nesse debate. Também destacou que as entidades têm autonomia para indicar os seus representantes e substituí-los a qualquer tempo. Avaliou como positiva a delimitação de quantidade de mandatos por conselheiros, por entender que a mudança é importante e traz benefícios. Ressaltou, por exemplo, que entidades que compõem o CNS e outros Conselhos ocupam vagas em diferentes segmentos em cada espaço. Nesse sentido, salientou que as entidades devem ter o mesmo princípio independente do conselho que participa. Também lembrou que as instituições representantes dos usuários devem comprovar que trabalham ou representam os usuários, a fim de evitar aquelas que não representam o segmento que declara representar. Conselheira **Lígia Bahia** destacou que há problemas de representação e de representatividade no Conselho e isso é mais evidente no segmento dos usuários. Salientou, por exemplo, no segmento dos trabalhadores da saúde, a ausência da representação das entidades médicas no CNS, o que significada um prejuízo, visto que não há sistema de saúde sem profissionais médicos. Pontuou também como um problema de representatividade o fato de não compor o CNS os diretores das entidades. Citou casos de representantes do segmento dos usuários que, apesar de profissionais de saúde – médicos, por exemplo - defendem os interesses dos usuários. Por fim, defendeu a proposta do GT porque permite avançar na construção da capacidade de representação e representatividade e sugeriu um esforço em defesa do retorno da representação dos médicos ao CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** concordou que é preciso definir regra para as entidades que coíba os excessos, mas não dificulte a representação de interesses de planos mais abrangentes. Concordou com a proposta de colocar o texto em consulta pública e sugeriu a definição de um prazo que permita também articulações políticas para trazer um texto mais amadurecido à discussão no CNS. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** também manifestou preocupação com a proposta de definir regras rígidas porque dificulta a participação de entidades, por exemplo, representantes dos trabalhadores. Destacou que a cooptação nos conselhos ocorre porque as pessoas são indicadas apenas para representar e votar nos assuntos de interesse próprio. No caso das entidades representantes das pessoas com patologia, a dificuldade de participação é ainda maior. Conselheira **Júlia Maria Roland** ressaltou que é fundamental definir regras para o bom funcionamento do CNS, contudo, estas não resolvem muitas das questões colocadas, porque é o amadurecimento da sociedade que possibilita às representações serem as melhores possíveis. Avaliou que a resolução não deve detalhar a ponto de engessar os processos e, nessa linha, apoiou a proposta do GT. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou que a participação no CNS é da sociedade civil e, nessa linha, contrapôs-se a afirmação que devem compor o CNS, necessariamente, os diretores das entidades. Ressaltou que é preciso cuidado para não transformar o Conselho em um colegiado de diretores. Salientou ainda que o conselheiro deve representar a sua entidade e citou, por exemplo, o

1606 conselheiro Clóvis Boufleur que defendeu sozinho a posição da CNBB, a qual representa no CNS.  
1607 Conselheira **Juneia Martins Batista** fez uso da palavra para desculpar-se com o conselheiro Clóvis  
1608 Boufleur a respeito da forma como se dirigiu a ele na discussão da moção de apoio à decisão do STF,  
1609 apesar de manter a sua posição e também esclareceu que a CUT defende a universalização da  
1610 saúde, portanto, o SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que o movimento sindical  
1611 tem sido cobrado por atores políticos que acreditam que as centrais sindicais, em especial a CUT, não  
1612 tem priorizado a defesa do SUS, porque privilegia nas mesas de negociações os acordos coletivos da  
1613 saúde suplementar. Conselheira **Marina Conceição**, da delegação do CES/MS, ressaltou que os  
1614 conselheiros devem representar as suas entidades e segmentos tendo como foco o fortalecimento do  
1615 SUS. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** cumprimentou os profissionais de Enfermagem pelo  
1616 dia e convidou os conselheiros para solenidade no dia 16 de maio de 2011, no Centro de Convenções  
1617 Ulisses Guimarães. Ressaltou que é preciso considerar as diferentes situações nesse debate e citou,  
1618 por exemplo, o caso de um conselheiro em Sergipe que representa segmentos diferentes no Conselho  
1619 Municipal de Saúde e no Conselho Estadual de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1620 aproveitou para cumprimentar os profissionais de Enfermagem pelo dia. Conselheira **Maria do**  
1621 **Esírito Santo Tavares** defendeu a proposta do GT por entender que é mais geral e não excludente.  
1622 Citou, por exemplo, o seu caso que, apesar de ser médica por formação, representa e defende os  
1623 direitos dos usuários do CNS. Disse não aceitar que um usuário com formação profissional não possa  
1624 representar os interesses daqueles que usam e dependem do Sistema. Conselheiro **Jorge de**  
1625 **Almeida Venâncio** comentou a questão do discurso de que a CUT não defende o SUS pela proposta  
1626 de planos de saúde, lembrando que a legislação permite que as grandes empresas ofereçam planos  
1627 de saúde, a preços mínimos aos trabalhadores, com isenção fiscal. Portanto, discordou que  
1628 trabalhadores e dirigentes sejam responsabilizados quando a possibilidade de escapar do não  
1629 atendimento é ter um plano privado de saúde. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que a  
1630 Resolução atende as demandas e deve-se centrar nos pontos de divergência. Também lembrou que a  
1631 CUT realizou uma campanha em prol do SUS. Após as manifestações, a mesa colocou em votação as  
1632 propostas: Proposta do GT: "VI. A Representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em  
1633 relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de  
1634 chefia ou de confiança na gestão do SUS ou como prestador de serviços de saúde não pode ser  
1635 representante dos usuários e trabalhadores (as). A ocupação de funções na área da saúde que  
1636 interfiram na autonomia representativa do conselheiro(a) deve ser avaliada como possível  
1637 impedimento da representação de usuário (a) e trabalhador(a), e a juízo da entidade, pode ser  
1638 indicativo de substituição do Conselheiro(a)." Proposta do FENTAS: "VI – A representação de cada  
1639 segmento deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho:  
1640 a) trabalhadores de saúde no pleno exercício de sua profissão não podem ser representante dos  
1641 usuários; b) entidades prestadoras de serviços não podem representar os usuários e nem os  
1642 trabalhadores da saúde; e c) A ocupação de cargos de confiança em instâncias governamentais não  
1643 pode representar o segmento de usuários e trabalhadores." **Deliberação: aprovada, com duas**  
1644 **abstenções, a seguinte proposta de redação para o inciso VI da Terceira diretriz:** "VI. A  
1645 Representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos  
1646 que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de chefia ou de confiança na  
1647 gestão do SUS ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos  
1648 usuários e trabalhadores (as). A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na  
1649 autonomia representativa do conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da  
1650 representação de usuário (a) e trabalhador(a), e a juízo da entidade, pode ser indicativo de  
1651 substituição do conselheiro(a)". **ITEM 10 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14<sup>a</sup> CNS -**  
1652 **Apresentação:** Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS. **Coordenação:** Conselheira **Jurema Pinto**  
1653 **Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela**  
1654 **Fernandes Camapum**, fez os seguintes informes: a 14<sup>a</sup> CNS será realizada no Centro de  
1655 Convenções Ulisses Guimarães (isso foi possível por conta da negociação do Presidente do CNS com  
1656 o governador de Brasília); a Portaria nº. 935, que dispõe sobre o Regimento Interno e a Portaria 976,  
1657 que institui a Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS foram publicadas; e a etapa nacional 14<sup>a</sup> CNS  
1658 contará com sistema de votação eletrônica, o que agilizará o processo e dará maior transparência.  
1659 Também agradeceu o CONASEMS por recomendar às Secretarias Municipais a realização de etapas  
1660 municipais e não regionais. Na sequência, Conselheira **Júlia Maria Roland** falou da proposta de  
1661 realizar debates *on line* sobre a 14<sup>a</sup> CNS, com o objetivo principal de ampliar as discussões do  
1662 temário. O processo terá como base o Documento Orientador da 14<sup>a</sup> CNS e o público alvo são  
1663 conselheiros de saúde das três esferas. Disse que a equipe da UFMG está elaborando projeto e na  
1664 próxima reunião poderá ser feito informe mais detalhado a esse respeito. Conselheiro **Jorge de**  
1665 **Almeida Venâncio** fez um informe das negociações com a Secretaria Municipal de Saúde de São  
1666 Paulo para realização da etapa municipal da 14<sup>a</sup> CNS. Informou que a delegação do CNS (composta  
1667 por ele, pela conselheira Júlia Roland, conselheiro Arnaldo Marcolino, Conselheira Ana Maria e

1668 conselheiro Nadir Francisco do Amaral) participou da reunião do Conselho Municipal de Saúde, com  
1669 debate inicial a esse respeito e, após dois dias, foi realizada reunião da comissão organizadora, com a  
1670 participação da assessoria da Secretaria Municipal. Disse que foram realizadas novas reuniões com a  
1671 assessora e trabalhou-se na perspectiva de um acordo. Desse processo, foi realizada uma audiência  
1672 com o Secretário de Saúde Adjunto, José Maria, e avançou-se na proposta de acordo. Recuperou que  
1673 a situação local é a seguinte: a Secretaria Municipal de Saúde convocou a 15ª Conferência no final de  
1674 2010, com a participação dos membros gestores dos hospitais e das unidades de base e não foi  
1675 garantida a participação da sociedade. Sendo assim, o Conselho Municipal de Saúde deliberou pela  
1676 anulação da Conferência e esta decisão foi referendada pelo Conselho Estadual de Saúde. Porém, a  
1677 Secretaria Municipal de Saúde entrou com ação na justiça e a questão está *sub judice*. Diante dessa  
1678 situação, o Secretário Municipal de Saúde convocou a 16ª Conferência, porque a 15ª foi anulada.  
1679 Explicou que o Conselho Municipal de Saúde aceitou as solicitações da Secretaria Municipal de  
1680 Saúde (convocar a conferência como 16ª e o critério de participação na pré-conferência para eleição  
1681 dos delegados), portanto, aguarda-se a decisão da Secretaria. Informou que o Ministro de Estado da  
1682 Saúde entrou em contato com o prefeito de São Paulo para tentar resolver a situação. Conselheira  
1683 **Jurema Werneck** informou que municípios do Paraná e do Rio de Janeiro solicitaram ampliação do  
1684 prazo para realização das conferências municipais, sob a alegação de que não conseguiram seguir o  
1685 calendário. Disse que a proposta desses municípios é definir uma data, fora do calendário oficial da  
1686 14ª CNS, mas sem prejudicar as etapas estaduais. Diante dessa situação, propôs reforçar a  
1687 solicitação de cumprimento dos prazos, mas, no caso de não ser possível, aceitar a realização fora do  
1688 calendário desde que com a anuência das comissões organizadoras das conferências estaduais e  
1689 sem prejuízos para estas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ponderou sobre a possibilidade de estender  
1690 os prazos nesses dois casos, sem prejudicar as etapas estaduais. **Deliberação: diante das**  
1691 **demandas de municípios, o Plenário concordou com a realização das conferências municipais**  
1692 **fora do calendário oficial da 14ª CNS, desde que acordado com as comissões organizadoras**  
1693 **estaduais para não prejudicar a etapa estadual.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS,  
1694 **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou o site da 14ª CNS que traz informações sobre as  
1695 datas das etapas municipais e estaduais da 14ª e a história das Conferências e permite baixar a  
1696 logomarca da 14ª e tirar dúvidas acerca do processo de realização da Conferência. Além disso, os  
1697 internautas poderão acompanhar as últimas notícias sobre as discussões nas três etapas da  
1698 Conferência. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Magno Soares** solicitou a inclusão dos  
1699 seguintes documentos no item “Legislação”: Lei nº. 4.320/64, que dispõe sobre financiamento público;  
1700 e Portaria nº. 204, que cria os blocos de financiamento. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** propôs  
1701 disponibilizar os relatórios das conferências temáticas na “Biblioteca”, porque podem auxiliar nos  
1702 debates. Também sugeriu incluir link na página do CNS para compartilhar o twitter e o facebook da  
1703 14ª CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** recuperou a proposta de “Tribuna livre” para  
1704 abertura de fóruns temáticos de debate e perguntou se esta será encaminhada. Conselheira **Graciara**  
1705 **Matos de Azevedo** sugeriu disponibilizar no site as Políticas de Saúde para conhecimento das  
1706 diretrizes. Também destacou que é importante um termo para declarar a autoria dos textos  
1707 disponibilizados no site que não são da Comissão Organizadora da 14ª CNS. Também disse que foi  
1708 discutida a possibilidade de representantes dos segmentos apresentarem suas contribuições e  
1709 perspectivas a respeito da 14ª. Por fim, destacou a importância de fazer releases sobre as  
1710 conferências municipais e incluir fotografias na página do CNS. Conselheira **Flávia de Oliveira**  
1711 **Brasileiro** perguntou se o Estado de Sergipe enviou o calendário das conferências e fora esclarecida  
1712 que não. Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu que é possível incluir termo ou condições para  
1713 postagem de textos no site da 14ª CNS. Também sugeriu incluir nos documentos da “Biblioteca” a  
1714 Carta de direitos dos usuários do SUS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** informou que foi  
1715 sugerida e aceita na Comissão Organizadora da 14ª CNS a proposta de criação de um fórum de  
1716 debate (“Tribuna aberta”). Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou que os postos de  
1717 atendimento sejam próximos à Plenária, a fim de agilizar o atendimento e que haja uma sala de  
1718 soluções. Também solicitou atenção para garantir o acesso das pessoas com deficiência. **Retorno da**  
1719 **mesa.** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a Comissão  
1720 de Infraestrutura está atenta para as questões colocadas pela Conselheira Rosangela Santos. Sobre  
1721 as datas das conferências municipais que não foram enviadas ao CNS, disse que pode ser feita busca  
1722 no site das Secretarias Municipais de Saúde. Também informou que os conselheiros enviarão relatório  
1723 das conferências municipais de saúde e este será incluído em “Últimas Notícias”. Sobre o fórum de  
1724 debate, explicou que está trabalhando com o DATASUS e propôs a indicação de um representante da  
1725 Comissão Organizadora da 14ª CNS para mediar os debates. Explicou que os artigos a serem  
1726 disponibilizados no site devem ser assinados e que é possível incluir os relatórios das conferências  
1727 temáticas, a legislação sugerida e a Carta de Direito dos Usuários (publicada por portaria). Sobre as  
1728 Políticas de Saúde, sugeriu incluir um link do Ministério da Saúde porque são extensas e pode  
1729 dificultar o acesso. Disse que debaterá com a ASCOM a proposta de gravar uma fala da coordenadora

1730 da 14<sup>a</sup> CNS para mobilização a ser disponibilizada no site. Conselheira **Rosangela da Silva Santos**  
1731 solicitou atenção para as pessoas com patologias graves e que precisam de acompanhamento. A  
1732 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a Comissão de  
1733 Infraestrutura terá pauta na próxima reunião do CNS. **Deliberação: o Conselheiro Pedro Tourinho**  
1734 **foi indicado a coordenar o Facebook e o Twitter da 14<sup>a</sup> CNS. Os demais conselheiros também**  
1735 **podem contribuir nesse trabalho. A proposta de fórum de debate (“Tribuna aberta”) será**  
1736 **tratada na próxima reunião da Comissão Organizadora.** Em seguida, a Secretaria-Executiva do  
1737 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou informou a realização da I Videoconferência da  
1738 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social,  
1739 Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro” e eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um  
1740 desafio para o SUS”, em 1º de junho de 2011, no CNS e sede do DATASUS em todos Estados e no  
1741 DF. Disse que o conselheiro Alexandre Rocha Santos Padilha fará a abertura da videoconferência e o  
1742 Pleno deveria indicar representantes dos três segmentos para participar da atividade. **Deliberação:**  
1743 **aprovadas as seguintes indicações para a I Videoconferência da 14<sup>a</sup> CNS: representante dos**  
1744 **Usuários - Conselheira Maria do Socorro de Souza; representante dos Trabalhadores da Saúde**  
1745 **- Conselheira Jovita José Rosa; e representante dos Gestores/Prestadores - Conselheiro Luiz**  
1746 **Odorico Andrade.** Definido esse ponto, conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou o Plano  
1747 de Trabalho da Comissão de Comunicação para 14<sup>a</sup> CNS, que materializa os debates da Comissão:  
1748 1) Orientação estratégica\atribuições: criar Logomarca para 14<sup>a</sup> CNS. A criação da logomarca para a  
1749 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde funcionará como elo agregador das três etapas da conferência.  
1750 Ação a ser desenvolvida: divulgação da logo da 14<sup>a</sup> CNS, em pop-up nas páginas governamentais e  
1751 das entidades ligadas ao controle social. Período: janeiro a maio. 2) Orientação estratégica\atribuições:  
1752 orientar, avaliar e aprovar as peças publicitárias criadas pela agência  
1753 contratada. Ação a ser desenvolvida: elaboração de cartazes, painéis, banners, pop-up, caneta,  
1754 camiseta, pasta, bloco de notas, fundo de palco, certificados, crachás, manual do participante,  
1755 squeeze, entre outros. Período: janeiro a maio. 3) Orientação estratégica\atribuições: produzir  
1756 documentário sobre as conferências a partir da 8<sup>a</sup> CNS. O documentário deverá ressaltar os objetivos,  
1757 temário e conclusões das últimas conferências, além de vídeos sobre o temário da 14<sup>a</sup> Conferência  
1758 Nacional de Saúde para veiculação durante o evento. 4) Orientação estratégica\atribuições: captar e  
1759 difundir informações das etapas Municipais e Estaduais. Ação a ser desenvolvida: disseminar todas as  
1760 informações sobre a 14<sup>a</sup> CNS, com utilização dos meios de comunicação das entidades que compõem  
1761 o CNS e movimentos populares para difundir e captar informações referentes às etapas municipais e  
1762 estaduais; solicitar à Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados entrevista e  
1763 divulgação na TV Câmara; solicitar à Comissão Assuntos Sociais do Senado Federal entrevista e  
1764 divulgação na TV Senado; sugerir à Comissão de Comunicação uma carta mobilizadora a ser  
1765 disseminada para todos os setores da sociedade civil (CNES) – release para meio acadêmico.  
1766 Período: janeiro a maio. Responsáveis: Assessoria de Comunicação do CNS, ASCOM do Ministério  
1767 da Saúde, Assessoria de Comunicação do CNS/Comissão de Comunicação e Informação da 14<sup>a</sup>  
1768 CNS, Comissão de Mobilização e Articulação da 14<sup>a</sup> CNS. 5) Orientação estratégica\atribuições: criar  
1769 espaço para literatura específica. Ação a ser desenvolvida: disponibilizar espaços para lançamento de  
1770 livros sobre Controle Social e SUS. Responsável: Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS e Comissão de  
1771 Comunicação e Informação da 14<sup>a</sup> CNS. (Sugestão: ampliar para além do SUS). 6) Orientação  
1772 estratégica\atribuições: valorização regional. Ações a serem desenvolvidas: providenciar  
1773 apresentações valorizando as questões regionais, como nas últimas conferências de saúde; incentivar  
1774 a realização de manifestações culturais regionais (peças de teatro, literatura de cordel, danças, entre  
1775 outros), com roteiros a partir do temário da 14<sup>a</sup> CNS, para divulgar as conferências estaduais. Nas  
1776 peças teatrais, a sugestão é utilizar como exemplo a técnica do “Teatro dos Oprimidos”. Período:  
1777 etapa nacional. Responsável: Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS, Comissão de Comunicação e  
1778 Informação da 14<sup>a</sup> CNS, Coletivo Humaniza SUS, Ministério da Saúde e Ministério da Cultura. 7)  
1779 Orientação estratégica\atribuições: internet, mídias alternativas, e-mail e redes sociais. Ações a serem  
1780 desenvolvidas: criar conta de e-mail específica da 14<sup>a</sup> CNS para estabelecer contatos diários; criar  
1781 contas em Redes Sociais (Twitter/Facebook/Orkut) para divulgação, construção de debates *on line*,  
1782 depoimentos via twittcam, etc; utilizar a Rede PID; Encontro de Blogueiros – Blogueiros e o SUS; e  
1783 produzir informativo eletrônico semanal distribuído aos conselhos de saúde – por meio da planilha do  
1784 Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – a instituições e entidades da área da saúde, aos  
1785 movimentos sociais e aos conselheiros nacionais. O informativo também ficará disponível para  
1786 consulta nos sítios da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Período:  
1787 abril a novembro. 8) Orientação estratégica\atribuições: material impresso – Pré-14<sup>a</sup> CNS. Ações a  
1788 serem desenvolvidas: edição do Manual da Conferência, com Regulamento, Regimento e  
1789 Programação e informações gerais da cidade que sediará a etapa nacional; produzir release para os  
1790 veículos de imprensa municipais/estaduais/regionais/nacionais, divulgando a etapa da Conferência;  
1791 produzir Revista da 14<sup>a</sup> CNS, com matérias especiais sobre as conferências anteriores e a atual;

1792 confeccionar folder/documento contendo roteiro de orientações para subsidiar os debates nos eixos  
1793 temáticos e folder para orientar a participação; confeccionar um milhão de panfletos com informações  
1794 gerais da Conferência; compor uma mala direta dos endereços eletrônicos das entidades nacionais e  
1795 filiadas; e sugerir a Comissão de comunicação a divulgação da 14<sup>a</sup> CNS nos meios alternativos das  
1796 entidades que compõe o CNS. 9) Orientação estratégica\atribuições: Tv e Rádio. Ações a serem  
1797 desenvolvidas: chamada nacional do Ministro da Saúde, em cadeia de rádio e TV, para a 14<sup>a</sup> CNS;  
1798 spots de rádio para rádios de todo país e as alternativas; estabelecer parceria com a TV Brasil, NBR,  
1799 Canal Saúde/Fiocruz, TV Câmara e TV Senado para cobertura da Conferência; pautar entrevistas nas  
1800 TVs dos Legislativos; conseguir pauta em programas populares, como por exemplo, Mais Você (Ana  
1801 Maria Braga) e Bem Estar, da Rede Globo de Televisão; cobertura jornalística e em vídeo da Etapa  
1802 Nacional; e produzir spots de rádio e TV com chamada para as conferências municipais, estaduais e a  
1803 nacional. A produção dos spots para TV poderá ser uma parceria com o Canal Saúde e dos spots de  
1804 Rádio uma parceria com a Oboré. 10) Orientação estratégica\atribuições: Atividades pré-Conferência.  
1805 Ações a serem realizadas: realização de um Seminário pré-conferência sobre Mídia e Saúde para  
1806 jornalistas setoristas da área da Saúde; e realização de uma Oficina para Conselheiros Nacionais,  
1807 também sobre Mídia e Saúde. Período: junho a novembro. 11) Orientação estratégica\atribuições:  
1808 atividades durante a Conferência. Atividades a serem realizadas: realização de um Workshop para  
1809 jornalistas sobre o SUS e o Papel do CNS. 12) Orientação estratégica\atribuições: Atividades pós-  
1810 Conferência. Atividades a serem realizadas: produção de DVD síntese da 14<sup>a</sup> CNS com ênfase na  
1811 etapa nacional para ser distribuído a todos Estados e municípios (preferencialmente junto com o  
1812 relatório final da Conferência); prioridade para os resultados da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde na  
1813 organização da pauta dos diferentes programas do Canal Saúde; manter na Internet, durante período  
1814 a ser estabelecido, toda a produção de vídeos sobre a 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde; e  
1815 publicação do Relatório Final, com a aprovação do CNS. Por fim, apresentou as seguintes sugestões  
1816 para parcerias e apoios: Setor de alimentação; Rede de Farmácias; Supermercados; Banco do Brasil  
1817 e Caixa Econômica; APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, Acampamento Terra Livre  
1818 (Esplanada – 2 a 6 maio de 2011); Carta a sociedade (o que é o Controle Social e a Conferência,  
1819 objetivos e etapas); e Ministério da Cultura. Antes de passar para a próxima apresentação,  
1820 conselheira **Jurema Werneck** justificou a ausência da Conselheira Maria do Socorro de Souza, que  
1821 participava do Grito da Terra 2011. A propósito, sugeriu que o CNS aprove moção de apoio do CNS  
1822 ao Grito da Terra 2011. A seguir, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Comissão de Articulação  
1823 e Mobilização para 14<sup>a</sup> CNS, apresentou o Plano de Trabalho da Comissão de Articulação e  
1824 Mobilização para 14<sup>a</sup> CNS, que está sujeito a contribuições. Começou explicando que a Comissão de  
1825 Articulação e Mobilização da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde planejou ações que objetivam:  
1826 estimular a mobilização e participação dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores  
1827 de serviços de saúde em todas as etapas da Conferência; fortalecer e facilitar o intercâmbio entre  
1828 Município, Estado, Distrito Federal e União, e assim incentivar a troca de experiências positivas;  
1829 propor articulação com entes de todas as esferas de gestão e fiscalização pública e de controle social,  
1830 contemplando o Executivo, Legislativo e Judiciário, considerados como atores importantes para  
1831 contribuírem com as ações e com a construção de SUS para todos; fortalecer e facilitar o intercâmbio  
1832 entre Município, Estado, Distrito Federal e União, e assim incentivar a troca de experiências positivas;  
1833 e propor articulação com entes de todas as esferas de gestão e fiscalização pública e de controle  
1834 social, contemplando o Executivo, Legislativo e Judiciário, considerados como atores importantes para  
1835 contribuírem com as ações e com a construção de SUS para todos. Detalhou o Plano de Trabalho da  
1836 Comissão de Articulação e Mobilização para 14<sup>a</sup> CNS, que é o seguinte: Orientação  
1837 estratégica\atribuições: 1. Estimular a organização e a realização de conferências nas três esferas.  
1838 Ações a serem desenvolvidas: fazer articulações junto às autoridades estaduais e municipais visando  
1839 sensibilizar e promover esses atores para a realização das três etapas da 14<sup>a</sup> CNS; contatar os  
1840 Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e Coordenadores de Plenária para  
1841 mapear datas e incentivar a realização das conferências estaduais e municipais; mapear, juntamente  
1842 com os conselheiros nacionais e coordenadores de Plenária, os estados e municípios com  
1843 dificuldades para a realização das conferências; constituir força tarefa do CNS – SGEP para mediar  
1844 diálogos e auxiliar estados e municípios com problemas de realização das etapas da 14<sup>a</sup>; enviar e-mail  
1845 para os conselheiros nacionais e coordenadores de Plenária a fim de mapear os que estão  
1846 compondo\acompanhando as comissões organizadoras das conferências nos estados que residem; e  
1847 incentivar a participação dos Conselheiros Nacionais de Saúde nas conferências estaduais e  
1848 municipais. Orientação estratégica\atribuições: 2. Mobilizar e estimular a participação massiva dos  
1849 usuários em todas as etapas da 14<sup>a</sup> CNS, especialmente a municipal. Ações a serem desenvolvidas:  
1850 solicitar aos conselheiros nacionais que enviem ao CNS a agenda de eventos de suas entidades e  
1851 enviar material de divulgação para estes locais; elaborar carta do Fórum dos Usuários, assinada pelos  
1852 seus componentes, e dirigir às entidades que representam; e identificar movimentos sociais  
1853 importantes que não estão nos conselhos, mas que devem ser articulados para participar do processo

da 14<sup>a</sup> CNS. Orientação estratégica\atribuições: 3. Mobilizar e estimular a participação paritária dos trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços. Ações a serem desenvolvidas: enviar solicitação ao CONASS para que articule com os secretários estaduais a fim de garantir a realização e fortalecer as etapas estaduais e apoiar as etapas municipais; e enviar solicitação ao CONASEMS para que articule com os Secretários Municipais de Saúde a fim garantir a realização e fortalecer as etapas municipais. Orientação estratégica\atribuições: 4. Fortalecer e facilitar o intercambio nas três esferas. Ação a ser desenvolvida: realizar de plenárias/articulações regionais durante a realização da etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS. Orientação estratégica\atribuições: 5. Propor articulação com entes de todas as esferas de gestão e fiscalização pública e de controle social (Executivo, Legislativo, Judiciário e outras). Ações a serem desenvolvidas: a) Legislativo: realizar reunião da Comissão de Articulação e Mobilização da 14<sup>a</sup> CNS com a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados para apresentar a 14<sup>a</sup> CNS e solicitar apoio nos estados e municípios; reunião da Comissão de Articulação e Mobilização da 14<sup>a</sup> CNS com a Frente Parlamentar de Saúde para apresentar a 14<sup>a</sup> CNS e solicitar apoio nos estados; e reunião da Comissão de Articulação e Mobilização da 14<sup>a</sup> CNS com a Comissão Assuntos Sociais do Senado Federal para apresentar a 14<sup>a</sup> CNS e solicitar apoio nos estados. b) Judiciário: enviar carta ao Conselho Nacional de Justiça/STF com divulgação da Conferência e solicitação de apoio e participação do Judiciário na 14<sup>a</sup> CNS; solicitar ao Conselho Nacional de Justiça/STF divulgação nos Estados e Municípios; e marcar audiência com STF, STJ e AMPASA. c) Executivo: solicitar à Presidência da República/Secretaria-Geral da Presidência da República apoio e divulgação da 14<sup>a</sup> CNS; e enviar aos Ministérios carta com divulgação, solicitando apoio e participação na 14<sup>a</sup> CNS. d) AMPASA: enviar carta com divulgação, solicitação de apoio e de participação do Judiciário na 14<sup>a</sup> Conferencia Nacional de Saúde; e solicitar divulgação nos Estados e Municípios. e) TCU: enviar carta com divulgação, solicitação de apoio e de participação do Judiciário na 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde; e solicitar divulgação nos Estados e Municípios. f) Academia: articular com a ABRASCO\CEBES e FASUBRA o envio de material de divulgação para as Universidades e Hospitais Universitários. g) Eventos: realizar articulação com Confederação Nacional dos Municípios/CNM para divulgação na Marcha de Prefeitos de 2011; inserir chamada da 14<sup>a</sup> CNS no material de divulgação do Congresso do CONASEMS e montar stand do CNS no Congresso para a divulgação da 14<sup>a</sup> CNS; e articular a divulgação da 14<sup>a</sup> CNS nas Conferências Nacionais que serão realizadas em 2011. Orientação estratégica\atribuições: 6. Mobilização em defesa do SUS em todas as etapas da conferência. Ações a serem realizadas: enviar sugestão aos CMS e CES para que realizem passeatas, atos públicos e marchas em defesa do SUS durante as conferencias; e realizar passeata na etapa nacional. Orientação estratégica\atribuições: 7. Articulação com outros Conselhos de Políticas Públicas e Direitos das Pessoas. Ações a serem realizadas: fazer contato com os conselhos nacionais e garantir espaço para informe da 14 <sup>a</sup>CNS em suas reuniões ordinárias; e indicar conselheiros para participar da reunião do PPA (maio) aproveitando o Fórum Interconselhos.

**Manifestações.** A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a Secretaria-Executiva do CNS está participando de diversas atividades para distribuir material visando mobilização para 14<sup>a</sup> CNS. Além disso, explicou que as entidades interessadas poderão solicitar material da 14<sup>a</sup> CNS (panfleto) para ser distribuído nas suas atividades. Explicou que verificará o que será possível executar, diante do orçamento disponível, das propostas dos planos de trabalho, em especial da Comissão de Comunicação e Informação, e será feita apresentação na Comissão Organizadora a esse respeito. Também frisou que muitas das atividades previstas em relação à informação e comunicação e à mobilização e articulação já estão em andamento. Informou ainda que a infraestrutura está pronta e que conselhos da Esplanada foram comunicados sobre a 14<sup>a</sup> CNS.

Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** informou que foi acordada a realização de força tarefa para atingir a meta de agendar todas as conferências municipais de saúde até 30 de maio de 2011. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que é preciso mobilizar imediatamente os municípios do país e solicitou o envolvimento dos conselhos estaduais nesse processo. A propósito, informou que a Pastoral da Criança realiza a divulgação da 14<sup>a</sup> CNS há meses. A Secretaria-Executiva do CNS informou que a equipe da SE/CNS entrou em contato com os Conselhos Estaduais de Saúde e a Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde para destacar a importância de mobilizar os municípios. Nesse momento, sugeriu a definição de uma estratégia com CONASEMS para mobilização das Secretarias. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** cumprimentou as comissões e a equipe da SE/CNS pelos planos de trabalho e perguntou como é feito acompanhamento, pela Secretaria-Executiva do CNS, do processo de preparação da 14<sup>a</sup> CNS. Também solicitou atenção para a bolsa a ser distribuída na 14<sup>a</sup> CNS, para que seja fácil de carregar. Conselheiro **Gilson Silva** informou que em Minas Gerais é feita a transmissão das conferências, pelo Canal Saúde, e o Conselho decidiu incluir representante do Conselho Municipal na comissão organizadora da etapa estadual. Conselheira **Júlia Maria Roland** informou que foi constituído GT do DAGEP/SGEP para contatar os Estados no sentido de estimular a marcação das conferências municipais. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a equipe

1916 de comunicação está trabalhando as questões de comunicação e assessores técnicos realizam  
1917 contato com estados e municípios. Disse que nos próximos quinze dias haveria uma sala para tratar  
1918 da 14<sup>a</sup> CNS da qual participaria três consultores do CNS e seriam contratados mais três, além de  
1919 cinco jornalistas. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou a equipe de comunicação do CNS e a  
1920 equipe técnica pela assessoria e pelo suporte, a Secretaria-Executiva pelos esforços e a Comissão  
1921 Organizadora da 14<sup>a</sup> pelo trabalho. **ITEM 11 - CONGRESSO DO CONASEMS: APRESENTAÇÃO DA**  
1922 **PROGRAMAÇÃO DA OFICINA** - Apresentação: Conselheiro **Pedro Tourinho**. Coordenação:  
1923 Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Pedro Tourinho**  
1924 submeteu à apreciação e deliberação do Pleno a proposta de programação da II Oficina Participação  
1925 Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS, dia 11 de julho de 2010, das 9h às 12h, no  
1926 Congresso do CONASEMS. Disse que os produtos esperados da oficina são os seguintes: Carta de  
1927 intenção dos Gestores para o fortalecimento do Controle Social no SUS, a ser incluída no Relatório  
1928 Final do congresso/Carta de Brasília. Público alvo: gestores, profissionais de saúde e usuários  
1929 inscritos no Congresso. Deve ser abordado ainda pelos participantes, temas transversais como  
1930 Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Pacto em Defesa do SUS e de Gestão.  
1931 Detalhou a programação que é a seguinte: 9h - Acolhimento e abertura; 9h às 11h - Mesa redonda –  
1932 Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS. Palestrantes: gestor  
1933 Nacional- Alexandre Padilha, Trabalhador – Ruth Ribeiro Bittencourt, Usuário – Pedro Tourinho de  
1934 Siqueira; e Gestor Municipal – José Eri de Medeiros. 11h – Debate. Debatedores: José Naum e  
1935 Liorcino Mendes. 11h30 – Aprovação da Carta de intenção dos Gestores para o fortalecimento do  
1936 controle social no SUS. Coordenador: Liorcino Mendes Pereira Filho. Conselheiro **Clóvis Boufleur**  
1937 sugeriu incluir na programação um momento de debate em GTs, a fim de garantir o caráter de oficina.  
1938 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que a intenção seria atualizar ou ratificar a Carta de  
1939 Gramado e não produzir uma nova e sugeriu não ter fala para debatedores, a fim de garantir maior  
1940 prazo para debate com a plenária. Conselheiro **Pedro Tourinho** explicou que os debatedores terão a  
1941 finalidade de instigar o debate e não expor sobre o tema. **Deliberação: aprovada a programação da**  
1942 **II Oficina Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS, com a**  
1943 **ressalva de que os debatedores terão o papel de fomentar o debate.** **ITEM 12 – RELATÓRIO DO**  
1944 **III ENCONTRO DAS CISTs** - Apresentação: Conselheira **Maria Izabel da Silva**, Coordenadora da  
1945 CIST/CNS; e **Roque Veiga**, da CGSAT/DVSAST/SVS/MS. Coordenação: Conselheira **Jurema**  
1946 **Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Maria Izabel da Silva** fez uma apresentação sobre  
1947 os resultados do III Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador,  
1948 realizado nos dias 15 e 16 de dezembro de 2010, em Brasília/DF. Explicou que a atividade contou a  
1949 participação de representantes de CISTs Nacionais, Estaduais e Municipais, Conselheiros Nacionais de  
1950 Saúde, representantes da Plenária de Conselhos de Saúde, das Centrais Sindicais, do CONASS e  
1951 CONASEMS e Coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs. O  
1952 objetivo geral da atividade foi fortalecer o controle social no processo de implementação da Política  
1953 Nacional de Saúde do Trabalhador - PNST, considerando o papel das CISTs no assessoramento aos  
1954 conselhos de saúde na temática de saúde do trabalhador. Os objetivos específicos foram: propiciar  
1955 aos participantes conhecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e o Manual da RENAST a  
1956 partir da portaria 2728/09; definir estratégias para a implementação da Política Nacional de Saúde do  
1957 Trabalhador; definir estratégias para a implementação da Portaria GM/MS nº. 2.728/2009, que  
1958 representou uma atualização da regulamentação da RENAST em face do Pacto pela Saúde e do  
1959 Manual da RENAST; e definir estratégias para criação e/ou fortalecimento das CISTs estaduais e  
1960 municipais. Relatou que a mesa de abertura contou com a participação de representante da  
1961 Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT, do CONASEMS, e da CIST e, em seguida,  
1962 foram realizadas mesas sobre os seguintes temas: Política Nacional de Saúde do Trabalhador –  
1963 PNST, GM/MS nº 2728/2009, e Manual da RENAST; Processo de Controle Público em Saúde do  
1964 Trabalhador; Resultado do Fortalecimento do Controle Social; e Ações Desenvolvidas pela CIST  
1965 Nacional/CNS que Fortaleceram o Controle Social. Na sequência, foram realizadas atividades em  
1966 Grupos com a seguinte orientação: apresentar estratégias e/ou ações para a implementação da  
1967 Política Nacional de Saúde do Trabalhador, da Portaria GM/MS nº 2.728/2009 – Portaria da RENAST,  
1968 e do Manual da RENAST; apresentar estratégias e/ou ações para a implementação da Política  
1969 Nacional da Portaria GM/MS nº 2.728/2009 – Portaria da RENAST, e do Manual da RENAST; e  
1970 apresentar estratégias e/ou ações para garantir criação e/ou fortalecimento das CISTs estaduais e  
1971 municipais. Feito esse relato, apresentou algumas das sugestões dos Grupos de Trabalho do  
1972 Encontro, sendo: qualificar o controle social em Saúde do Trabalhador; fazer constar nas conferências  
1973 municipais de saúde as ações em saúde o trabalhador; constar nos PPA municipais, estaduais e DF  
1974 as ações de saúde o trabalhador, garantindo a sua publicidade; divulgar a recomendação da CIST  
1975 nacional nº 034/2009 para do Conselho Nacional para que os conselhos municipais de saúde criem  
1976 CISTs estaduais e municipais; sensibilizar os Conselhos de Saúde e as entidades sindicais, quanto à  
1977 importância das CISTs para fortalecimento e melhoria das ações em saúde do trabalhador, incluindo

1978 financiamento. Ressaltou que a CIST avaliou as propostas e identificou que, de um modo geral, 1979 seguem a linha das deliberações do CNS e das conferências de saúde. Por fim, apresentou os 1980 encaminhamentos do Seminário: encaminhar as propostas do Seminário (responsável: CIST/CNS); 1981 pautar no Pleno a discussão da realização da 4<sup>a</sup> Conferência de Saúde do Trabalhador em 2012; 1982 enviar o Relatório do Encontro aos Conselhos Estaduais e Municipais, Plenária de Conselhos, 1983 Centrais Sindicais, ao CERESTs e Ministérios, recomendando a avaliação das propostas; incluir na 1984 página do CNS os seguintes links: Relatórios dos três encontros realizados pela CIST e documento 1985 contendo todas as resoluções e recomendações aprovadas pelo Pleno em relação à saúde do 1986 trabalhador; recomendar ao MS – COSAT/SVS - o encaminhamento imediato do texto da PNST e do 1987 Manual da RENAST para consulta pública; recomendar aos Conselhos de Saúde a realização de 1988 atividades para debater o texto da PNST e Manual da RENAST, articulando com todas as entidades 1989 que discutem saúde do trabalhador; e recomendar aos Conselhos de Saúde que discutam a 1990 implementação das propostas apresentadas nos três encontros das CISTs para o fortalecimento 1991 do controle social e promoção da saúde do trabalhador. Por fim, detalhou os duzentos participantes do III 1992 Encontro das CISTs: dezoito representantes de CISTs Estaduais: RN, DF, AL, BA, PI, PA, SP, PR, 1993 CE, RO, SC, PE, MS, RJ, RR, AM, GO; 51 representantes de CISTs Municipais; onze representantes 1994 da CIST Nacional; doze representantes de Conselhos Estaduais: ES, BA, RN, CE, RJ, GO, DF, AM, 1995 PA; nove representantes de CMS; dezesseis representantes do CNS; 28 representantes de CERESTs 1996 Estaduais: AM, SP, RS, PA, CE, RN, AC, DF, SE; 22 representantes de CERESTs Regionais: CE, PE, 1997 SP, RS, PR, RJ, MG, AM, MA, PA, PB; quinze representantes de Centrais Sindicais e sindicatos; dois 1998 representantes de Universidades; dezessete representantes do MS – CGSAT e CGVAM/DSAT/s; um 1999 representante do MPS; um representante do CONASS; um representante do CONASEMS; dois 2000 representantes de SMS; e quatro representantes do movimento social: CMP/MOPS. **Manifestações.** 2001 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** falou das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores com 2002 doenças como diabetes, hipertensão e doença celíaca e doença renal e perguntou se essa questão foi 2003 tratada no Encontro. Conselheiro **Remígio Todeschini** cumprimentou a Conselheira Maria Izabel da 2004 Silva pelo trabalho desenvolvido à frente da CIST/CNS e destacou os avanços alcançados na área de 2005 saúde do trabalhador. Também comunicou que será assinado decreto presidencial, consensuado na 2006 CIT de três Ministérios, empresários e trabalhadores, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde e 2007 Segurança do Trabalho. Além disso, disse que muitas das questões colocadas serão implementadas 2008 em um plano de trabalho dos Ministérios da Saúde, da Previdência e do Trabalho, Fundacentro, 2009 centrais sindicais e empresários. No mais, fez um destaque à Política do Ministério da Previdência que 2010 diferencia o pagamento das empresas com maior accidentalidade para incentivar investimentos e à 2011 participação do TST na campanha para o combate da accidentalidade no Brasil. Por fim, enfatizou a 2012 importância dos CERESTs na universalização da saúde do trabalhador. Conselheira **Marisa Fúria** 2013 Silva chamou a atenção para a importância da alimentação específica e acompanhamento em saúde 2014 mental para os trabalhadores que trabalham em plataformas marítimas. Conselheira **Maria do** 2015 **Espírito Santo Tavares** perguntou se a CIST/CNS avançou no debate sobre a saúde das 2016 trabalhadoras e se esse assunto foi tratado no III Encontro das CISTs. Conselheiro **Alexandre Magno** 2017 **Soares** quis saber dos debates e encaminhamentos da CIST/CNS em relação à saúde mental do 2018 trabalhador. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** chamou a atenção para o importante trabalho da 2019 CIST e solicitou uma cópia do relatório do III Encontro das CISTs para levá-lo a debate em seminários 2020 da sua região. Conselheiro **Remígio Todeschini** ressaltou que, para garantir o direito do trabalhador 2021 informal, é importante ação cada vez mais integrada com o Ministério do Trabalho (Programa Trabalho 2022 Decente). Também destacou o aumento da notificação, pela Previdência, de registros acidentários de 2023 transtornos mentais e comportamentais (de 800 casos para 13 mil) e salientou que os CERESTs 2024 contribuíram substancialmente para isso. Destacou que a Política de Saúde do Trabalhador é positiva, 2025 por isso, é essencial a ação integrada entre previdência, trabalho e saúde. **Retorno da mesa.** O 2026 coordenador-adjunto da CGSAT/DVSAST/SVS/MS, **Roque Veiga**, primeiro, justificou a ausência do 2027 coordenador da CGSAT/DVSAST/SVS/MS, **Carlos Augusto Vaz** e cumprimentou a Conselheira 2028 Maria Izabel pelo trabalho desenvolvido na coordenação da CIST/CNS. Destacou as ações 2029 desenvolvidas pela CGSAT nos últimos três anos no sentido de fortalecer as CISTs com destaque 2030 para a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS. Nesse aspecto, 2031 salientou ainda a necessidade de focar e investir mais recursos nas ações de prevenção, promoção e 2032 vigilância em saúde. Além disso, salientou a construção do documento sobre vigilância em saúde do 2033 trabalhador, que está contida na vigilância em saúde. Explicou que, em 2008, morreram 40 mil 2034 diabéticos e 33 mil hipertensos e perguntou quantos desses eram trabalhadores e com doenças 2035 causadas pelas péssimas condições de trabalho...Nessa linha, ressaltou que é preciso trabalhar a 2036 promoção da saúde nos ambientes de trabalho com foco na melhor resolutividade da atenção primária 2037 em saúde. Informou que a Política nacional de Saúde do Trabalhador e o Manual da RENAST estão 2038 em tramitação para serem incluídos em consulta pública no início do mês de junho e a previsão é 2039 publicá-los até setembro de 2011. Por fim, manifestou o seu anseio de continuar o trabalho conjunto

2040 com a CIST, agora sob a coordenação do conselheiro Jorge Venâncio, visando o aprimoramento e  
2041 efetivação da política no país. Conselheira **Maria Izabel da Silva** explicou que o Encontro focou-se no  
2042 debate da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e o Manual da RENAST, mas nos debates  
2043 foram tratadas de questões como a Política Nacional de Segurança em Saúde do Trabalho. Inclusive,  
2044 lembrou que a CIST/CNS apresentou propostas para o plano de ação dessa Política. Também  
2045 explicou que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador parte do pressuposto que o ambiente de  
2046 trabalho sofre interferência das novas tecnologias, das formas de produção, da relação  
2047 capital/trabalho, entre outras e as diretrizes norteiam-se pelos princípios da universidade e equidade.  
2048 Em seguida, apresentou as ações desenvolvidas pela CIST/CNS que contribuíram para fortalecer o  
2049 Controle Social: priorização do fortalecimento do controle social em Saúde do Trabalhador, para tanto,  
2050 foram realizadas diversas visitas (AM, TO, RR, RS, SC (2 vezes), RN, MT, MS, GO, Presidente  
2051 Prudente/SP, Bebedouro/SP, Ilha Solteira/ SP, Ribeirão Preto/SP, Araguaia/TO, Ceará (2 vezes),  
2052 Quixeramobim/CE, Timon/PI, RJ, MG); realização de três Encontros Nacionais das Comissões  
2053 Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, que reuniu em média 200 pessoas de várias localidades do  
2054 país; apresentação, ao Plenário do CNS, da Recomendação nº 034, de 9 de dezembro de 2009, para  
2055 que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde criem CISTs; realização de debate com Estados  
2056 do papel da saúde na prevenção e erradicação do trabalho infantil; acompanhamento do processo de  
2057 discussão da PNST e do Manual da RENAST; acompanhamento do processo de discussão da  
2058 PNSST e encaminhamento de propostas para o Plano de Ação da referida política; debates sobre a  
2059 saúde do trabalhador do setor público federal e envio da Recomendação nº. de 34/2008; debates  
2060 sobre a Política de Saúde do Trabalhador do SUS; apresentação de propostas de emendas ao Plano  
2061 Nacional de Saúde do MS, com o olhar de saúde do trabalhador; realização de debate sobre os  
2062 impactos do PAC na Saúde, especialmente Saúde do Trabalhador, culminando com apresentação no  
2063 Pleno do CNS e a elaboração de um documento do conselho sobre o tema; realização de debate  
2064 sobre FAP e NTEP; monitoramento do orçamento da União para saúde do trabalhador, especialmente  
2065 sobre os projetos e programas apoiados pela CGSAT/DSAST/SVS/MS; aprofundamento do debate  
2066 sobre a saúde dos trabalhadores do setor canavieiro, contribuindo para a elaboração do Compromisso  
2067 Nacional para Aperfeiçoar as Condições de Trabalho na Cana-de-Açúcar, culminando com a  
2068 aprovação, pelo Pleno do CNS, das Recomendações 006, 009, 010 e 014, de 13 de março de 2008  
2069 e 033, de 9 de dezembro de 2009; debate sobre a saúde das trabalhadoras domésticas, sendo  
2070 deliberado no CNS a Recomendação – 032, de 9 de dezembro de 2009. Destaque - essa foi a  
2071 primeira vez que o MS discutiu o tema; discussão sobre saúde do trabalhador migrante, em conjunto  
2072 com o Conselho do Migrante – Recomendação 004 e 011, 013 – de 13 de março de 2008; e debate  
2073 sobre a situação da saúde do trabalhador do setor fumageiro – Recomendação nº. 13, de 8 de  
2074 outubro de 2010. Destacou que esse trabalho à frente da CIST somente foi possível pela confiança da  
2075 CUT na sua pessoa, pelo apoio da Federação dos Bancários de São Paulo e pela confiança do CNS.  
2076 Também agradeceu os membros da CIST, em especial Lino, Marcos Peres, coordenação da CGSAT  
2077 e sua equipe, na pessoa do coordenador Carlos Augusto Vaz e Roque Veiga, Olga Rios, Ministério da  
2078 Saúde e a assessoria técnica – Gleisse de Castro, Manuela Santos e Vivian Godin. Despediu-se do  
2079 CNS com emoção e destacou que passaria a assessorar a deputada distrital, Rejane Pitanga, que, na  
2080 sua plataforma política, tem a defesa da saúde do trabalhador como um dos pilares. Disse que nesse  
2081 mandato a deputada apresentou projeto de lei para instituir no DF programa de saúde preventiva do  
2082 setor da educação e da coleta de lixo. Por fim, colocou-se à disposição em especial do novo  
2083 coordenador da CIST/CNS para contribuir no que for necessário. Conselheira **Jurema Werneck**  
2084 cumprimentou a CUT pela representação comprometida com o interesse dos trabalhadores, o  
2085 Ministério da Saúde pela parceria com a CIST e a equipe técnica que contribuiu com o trabalho da  
2086 Comissão. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** manifestou satisfação com a presença da  
2087 Conselheira Maria Izabel no dia em que o CNS aprovou moção de louvor à decisão do STF que  
2088 reconhece as uniões homoafetivas e cumprimentou a conselheira, desejando-lhe sucesso nessa nova  
2089 etapa. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** saudou a Conselheira Maria Izabel pelo trabalho na  
2090 coordenação da CIST e destacou que assumiria a Comissão com o compromisso de continuar o  
2091 trabalho. Conselheiro **Ubiratan Cassano**, em nome da UNE, cumprimentou a Conselheira Maria  
2092 Izabel pelo trabalho em defesa da saúde do trabalhador e do SUS como um todo. Conselheira **Ruth**  
2093 **Ribeiro Bittencourt** agradeceu a conselheira Maria Izabel da Silva pela luta aguerrida e  
2094 comprometida em defesa do SUS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** saudou a atuação da  
2095 Conselheira Maria Izabel e o seu comprometimento com o controle social e com a defesa do SUS.  
2096 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** desejou boa-sorte à Conselheira Maria Izabel nessa nova  
2097 trajetória e destacou a atuação dela no fortalecimento do SUS. Conselheira **Cleuza de Carvalho**  
2098 **Miguel** destacou as conquistas da Conselheira Maria Izabel e desejou sorte nesse novo caminho.  
2099 Conselheira **Jurema Werneck** fez uso da para destacar que a CIST pautou debate sobre saúde das  
2100 empregadas domésticas, um segmento negligenciado há tempos. Por fim, Conselheira **Maria Izabel**  
2101 **da Silva** agradeceu os elogios ao seu trabalho e despediu-se emocionada dos conselheiros.

2102 **Deliberação: aprovado o relatório do III Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de**  
2103 **Saúde do Trabalhador, com as recomendações do Encontro.** Como último ponto, Conselheiro  
2104 **Pedro Tourinho** apresentou moção de aplauso do CNS ao Grito da Terra 2011. **Deliberação:**  
2105 **aprovada a moção de aplauso do CNS ao Grito da Terra 2011. ENCERRAMENTO -** Nada mais  
2106 havendo a tratar, Conselheira Jurema Werneck encerrou os trabalhos da 221ª Reunião Ordinária do  
2107 CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides*  
2108 *Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M.*  
2109 *de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans*  
2110 *Magano, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João*  
2111 *Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Marcos de*  
2112 *Oliveira, Juneia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lírida Maria S. Vieira, Lígia Bahia, Luiz*  
2113 *Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do*  
2114 *Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira*  
2115 *Andrade, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Remígio Todeschini,*  
2116 *Rosangela da Silva Santos, Rosemary Dutra Leão, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis,*  
2117 *Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Wilson Valério da Rosa Lopes.*  
2118 *Suplentes - Alexandre Magno Lins Soares, Ana Estela Haddad, Celso Fernando Ribeiro Araújo,*  
2119 *Eliane Aparecida da Cruz, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara Matos de*  
2120 *Azevedo, Jovita José Rosa, Juares Pires de Souza, Júlia Maria Roland, Júlio Cesar Figueiredo*  
2121 *Caetano, Liorcino Mendes P. Filho, Lucélia S. Costa, Luís Carlos Bolzan, Maria Laura Carvalho*  
2122 *Bicca, Pedro Tourinho de Siqueira, Rildo Mendes e Verônica Lourenço da Silva.*