



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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



acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Na perspectiva da integralidade da atenção, outro ponto que não deve ser esquecido e que impacta diretamente no crescente demanda de atendimento às urgências é o componente da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde. Sejam as campanhas de prevenção aos acidentes de trânsito, a implementação da política de promoção da saúde e os programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, todas essas estratégias impactam em médio e longo prazo na condição de saúde dos cidadãos. Um modelo de atenção à saúde que tenha uma atenção primária resolutiveira como primeiro nível de atenção à saúde e como ordenadora do sistema, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugado a uma política de atenção às urgências baseada na conformação de uma Rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se constitui em uma ferramenta para o enfrentamento da situação atual. Para implementação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência-RUE no SUS será imprescindível o envolvimento e apoio dos gestores e sociedade organizada. Está em processo de discussão e negociação com CONASS e CONASEMS, assim como com o Conselho Nacional de Saúde para avaliação de sua operacionalização. Há que se ampliar a discussão para o conjunto dos atores sociais do SUS e sociedade organizada para garantia de uma política pública de saúde que incorpore a discussão da urgência e emergência dentro do contexto das redes de atenção à saúde. Na sequência, Conselheiro **Helvécio de Miranda Magalhães** fez uma apresentação sobre a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE, que está em processo final de negociação. Explicou que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Detalhou os componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Promoção e prevenção; Atenção primária: unidades básicas de saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24h; SAMU 192; Portas hospitalares de atenção às urgências; Enfermarias de Retaguarda e Unidades de Cuidados Intensivos; Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias; e Atenção domiciliar. O foco é o acolhimento com classificação de risco e resolutividade e o eixo organizador da RUE e das outras redes de saúde é a atenção primária. Ainda sobre os componentes e interfaces da Rede, destacou a importância da promoção e prevenção, do acolhimento, da qualificação profissional, da informação e da regulação. Salientou que as causas externas e a doença arterial coronariana-DAC têm impacto na urgência e destacou a transição demográfica do Brasil, o que tem impacto assistencial e econômico para o país (hoje o país está no bônus demográfico que tem impacto positivo na economia). Enfatizou o impacto das doenças crônicas no número de óbitos do país (67%), seguidas das cardiovasculares e das neoplasias. Citou a doença arterial coronariana-DAC e infarto agudo do miocárdio (IAM) que é a principal causa de óbito no mundo inteiro e com maior impacto clínico e financeiro (OMS,2010). Estima-se entre 300 a 400 mil o número de IAM e que a cada 5-7 casos ocorra um óbito. Além disso, dos óbitos fora do hospital, cerca de 30% morrem antes de ter cuidados médicos e há altas taxas de mortalidade hospitalar por IAM no SUS. No componente da atenção primária, falou da implantação da sala de observação, um ambiente da UBS destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, no período de funcionamento da unidade, articulado e conectado aos outros serviços da rede de atenção às urgências, para posterior transporte e encaminhamento. Na ausência de pontos contínuos de atendimento, serão implantadas as salas de estabilização acopladas à atenção primária até a chegada o recurso ou transporte. Sobre o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, destacou a preocupação desse Ministério com a qualificação dos serviços. Disse que o Ministério da Saúde arca com cerca de 30% do custo e a proposta é ampliar os recursos para sustentação do serviço. Também comentou a proposta de Força Nacional de Saúde FN-SUS com as seguintes justificativas: situações que exigem maior participação do poder público; catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica; situações que demandam ajuda rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico; e, excepcionalmente, atuar em eventos com grande concentração de pessoas, como a Copa do Mundo de 2014 e Olimpíadas de 2016. Acrescentou que serão equipes capacitadas e distribuídas em todo território nacional; pronto emprego de profissionais nas cinco regiões do país, bem como três Centros, sendo um na capital nacional, de envio de materiais e hospital de campanha (Brasília, Manaus e Recife); e cada centro terá condições de envio de Hospitais de campanha e materiais para assistência. O centro mais próximo do desastre será acionado. Sobre as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, explicou que o Ministério da Saúde fará mudança e reconhecerá os diversos serviços e será cumprido compromisso de governo de quinhentas unidades com serviços novos ou adaptados ao padrão UPA. A respeito das portas de entrada, disse que são 231 estabelecimentos hospitalares selecionados e distribuídos por 151 municípios das 27 UFs que 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 pactuação 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 avanço 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: 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. Seguindo, 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. Seguindo, 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 complicação, 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, DAAs; 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 susceptíveis. 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 (escarificações; 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 Xacriabá – 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: Mayuruna, Matis, Marubo, Kanamary, Kulina e Korubo. O segundo manejo foi realizado em 2010, com 64 pacientes avaliados das etnias Marubo e Mayuruna, 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, Mayuruna 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. Seguindo, 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 à 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 Bouffleur** 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

suficiente para planejamento. Explicou que defende a utilização da estrutura do SUS, vislumbrando acesso e sustentabilidade para hepatites virais. Afirmou que hoje a questão mais grave é aumentar o tratamento das consequências das hepatites virais e não apenas a ampliação da oferta do tratamento antiviral. Concordou que hepatites e HIV têm semelhança, contudo, o alerta e a visibilidade da primeira é uma questão mal resolvida e é preciso considerar que as populações são distintas. A respeito das comorbidades, concordou que é complicado ministrar drogas do ponto de vista da prática clínica. Finalizando, agradeceu e colocou-se à disposição para novos esclarecimentos e enfatizou a sua confiança que o atual governo saberá dar resposta adequada à questão das hepatites e o CNS auxiliará nesse encaminhamento. O Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS, **Jarbas Barbosa**, agradeceu os comentários e as sugestões e concordou com a importância de os conselheiros fazerem o teste rápido, lembrando, inclusive, que esta iniciativa permite ações rápidas. Sobre a inclusão de novos inibidores de protease, explicou que a expectativa é de registro dos dois no primeiro semestre de 2011, o que permitirá, no segundo semestre, a avaliação das evidências disponíveis e a recomendação de protocolos de inclusão desses inibidores. Concordou que é preciso apoiar a descentralização e, nessa linha, o Ministério da Saúde auxilia as secretarias estaduais para identificação da rede e utilização do recurso já disponível para aquisição dos insumos de laboratório. Também destacou que estão contempladas metas em relação a hepatites no planejamento estratégico da SVS, no planejamento estratégico do Ministério da Saúde, no PNS e no PPA. Esse fato expressa o compromisso em relação a hepatites e permite o acompanhamento das metas propostas. Por fim, manifestou satisfação por participar desse debate e salientou que a intenção é incluir as sociedades científicas e especialistas no processo e contribuir no aprimoramento do Programa. O Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, manifestou a sua satisfação em retornar ao CNS e destacou a parceria da SESAI com a SVS e as demais Secretarias do Ministério da Saúde. Também enfatizou que o apoio de todos é essencial para o enfrentamento das hepatites virais, que é uma realidade nas comunidades indígenas. Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os expositores e encerrou este item destacando a sugestão de que os conselheiros nacionais de saúde, no mês de julho, façam o teste rápido da hepatite. Também anunciou a presença do Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS.

**ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH – DESDOBRAMENTOS DOS PARECERES DO CNS NO MEC – Composição da mesa:** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS; Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, membro da CIRH; e **Paulo Roberto Wollinger**, Diretor de Regulação e Supervisão da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação/MEC. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. O Diretor de Regulação e Supervisão da SESu/MEC, **Paulo Roberto Wollinger**, fez uma exposição sobre o processo de avaliação da educação superior, particularmente os cursos da saúde. Após cumprimentar os presentes e agradecer o convite, começou a apresentação explicando que hoje no Brasil são ofertados 30 mil cursos de graduação, por 2.520 instituições de ensino superior, para 6,1 milhões de alunos. Apesar do crescimento rápido da oferta da educação superior nos últimos anos, disse que nos próximos anos será necessário dobrar esses números, com aumento dessa oferta. Dados os números e esse crescimento necessário, explicou que o MEC está qualificando a oferta de educação superior no sentido de ampliar a oferta do ponto de vista da diversidade, o que significa que alguns cursos de graduação em oferta terão que ter uma taxa de crescimento mais lenta que outros. Desse modo, o Ministério desenvolve uma ampla política de planejamento de educação superior para longo prazo. Desde 2004, com a promulgação da Lei do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES), iniciou-se a implantação de um sistema de avaliação da educação superior do ponto de vista de um estado nacional, com definição de processos e procedimentos para consolidar o Sistema. Ressaltou que um dos desafios é resolver os problemas do cotidiano e isso passa por um crescimento acelerado. Disse que outro desafio é definir a qualidade da educação e o governo decidiu que esse processo deve ser feito por comparabilidade. Explicou que há um ciclo avaliativo do SINAES, a cada três anos, o que permite requalificar o Sistema. Esse é um processo complexo porque, além dos indicadores, deve-se considerar a diversidade da formação. No caso dos cursos da saúde, destacou que o decreto 5.773/2006 prevê a participação do CNS no processo avaliativo e essa é uma experiência em consolidação. Na visão do MEC, hoje a situação é bastante confortável e este Ministério sugeriu uma nota técnica sobre o significado da opinião qualificada do CNS no processo de autorização, reconhecimento e renovação de cursos. O MEC entende que o próximo passo é avançar contemplando no parecer do CNS razões para os pareceres “favoráveis e desfavoráveis”, possibilitando, assim, condicionar a oferta. Ressaltou que muitos pareceres do CNS são tão bem qualificados que o MEC não recusa a oferta do curso, mas reduz vaga, impõem protocolo de compromisso... Destacou que, no caso de Medicina e Odontologia, o MEC praticamente acompanha os pareceres do CNS. Na psicologia, há posição diferenciada, visto que não se trata de uma profissão ligada apenas à saúde e o MEC tem discutido essa situação. Para ilustrar, destacou a inserção do psicólogo no processo educativo para tratar de questões como dislexia e bullying, por exemplo, e



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

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

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

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

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

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



sugeriu que o CNS convide a ANS para tratar da questão levantada pela Conselheira Lígia Bahia. De todo modo, reiterou que a Agência cumpre o que está prevista na Lei: intervir e garantir liquidação e pagamento dos devedores ou credores da instituição. Explicou que o Ministério da Saúde repassa à COFIN as informações solicitadas e a Comissão as apresenta da maneira que melhor lhe convém. Portanto, ponderou que é possível fazer prestação por blocos de financiamento. Destacou, por exemplo, que o Fundo Nacional de Saúde realiza a sua execução orçamentária por blocos de financiamento. Por fim, informou que o relatório trimestral do Ministério da Saúde será apresentado até o dia 15 de maio. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, informou que está agendada a apresentação do relatório trimestral do MS na próxima reunião da COFIN. Explicou que houve esforço para fazer a prestação por blocos de financiamento, mas se enfrentou dificuldade. Contudo, destacou que, se for possível, este é um componente a mais na avaliação da execução. Por fim, disse que o entendimento da COFIN é que os restos a pagar cancelados deveriam ser objeto de aplicação adicional como compensação no exercício seguinte. Contudo, ainda não foi definida solução para compensar o que foi cancelado nos últimos anos. Feitas essas considerações, a mesa listou os encaminhamentos: envolver as Comissões do CNS no processo de análise qualitativa da execução orçamentária do Ministério da Saúde; apresentar detalhamento do investimento do Ministério da Saúde e das emendas parlamentares; e apresentar análise da execução por blocos de financiamento.

**Deliberação: aprovado o relatório da reunião da COFIN/CNS, realizada no dia 4 de maio e as seguintes sugestões: envolver as Comissões do CNS no processo de análise qualitativa da execução orçamentária do Ministério da Saúde; apresentar detalhamento do investimento do Ministério da Saúde e das emendas parlamentares; e apresentar análise da execução por blocos de financiamento.** Na sequência, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** apresentou a programação do Seminário Nacional de Orçamento e Financiamento, dia 7 de junho de 201, no Auditório do Tribunal de Contas da União, em Brasília/DF: 8h às 9h30min – Credenciamento. 9h30min às 10h - Mesa de Abertura: Alexandre Rocha Santos Padilha, Presidente do Conselho Nacional de Saúde; e Fernando Luiz Eliotério, Coordenador da Comissão de Orçamento e Financiamento. 10h às 12h30 - Mesa 1- Análise de Conjuntura do Financiamento da Saúde - Coordenação: Jorge Almeida Venâncio – Usuário, Palestrantes: Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Debatedores: Ronald Ferreira dos Santos e Alcides dos Santos Ribeiro. 12h30 às 14h – Almoço. 14h às 15h - Mesa 2 – Regulamentação Emenda Constitucional nº 29/2000 – Estado da Arte. Coordenação: Rosângela da Silva Santos (Usuário). Palestrantes: Elias Antônio Jorge e Viviane Rocha Luiz – CONASS/COFIN. 15h às 15h30 - Debate Mesa 2. 15h30 às 16h30 - Mesa 3 – Apresentação do Manual de Orçamento e Financiamento. Apresentação: Francisco Rózsa Funcia – COFIN. 16h30 às 17h – Encerramento. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu incluir o debate da reforma tributária no seminário. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que o seminário trate do PL 6.411/05, que estende para os gestores do SUS a obrigação da prestação de contas. **Deliberação: aprovada a programação do Seminário da COFIN/CNS, com a sugestão de incluir debate sobre a reforma tributária no item análise de conjuntura e do PL 6.411/05. ITEM 3 – Seminário de Serviço Civil em Saúde e Judicialização em Saúde - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. Coordenação: Conselheiro Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, apresentou a proposta de modificar o Seminário de Serviço Civil em Saúde e Judicialização em Saúde, previsto para 28 a 30 de junho, porque a maioria das conferências municipais serão realizadas nesse período. Conselheiro Francisco Batista Júnior lembrou que o objetivo principal do Seminário é fomentar o debate dos temas serviço civil em saúde e judicialização em saúde nas conferências, portanto, defendeu que a atividade seja realizada antes das conferências municipais. Deliberação: o Pleno aprovou o adiamento do Seminário e delegou ao GT de preparação, junto com a Secretaria-Executiva do CNS, a definição de nova data.** Definido esse ponto, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Magalhães Júnior, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Juneia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lérica Maria S. Vieira, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Remígio Todeschini, Rosângela da Silva Santos, Rosemary Dutra Leão, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Wilson Valério da Rosa Lopes. Suplentes: Alexandre Magno Lins Soares, Ana Estela Haddad, Antônio Alves de Souza, Eliane Aparecida da Cruz, Eurídice Ferreira de Almeida, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Júlia Maria Roland, Júlio Cezar Figueiredo**

Caetano, Laudeci Vieira dos Santos, Liorcino Mendes P. Filho, Lucélia S. Costa, Luís Carlos Bolzan, Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, Luiz Fernando C. Silva, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Pedro Tourinho de Siqueira, Rildo Mendes e Verônica Lourenço da Silva. O conselheiro Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS, iniciou o segundo dia de reunião cumprimentando os presentes e os internautas e, na sequência, apresentou minutas de recomendação e moção, para apreciação do Pleno. Primeiro, fez a leitura da proposta de recomendação do CNS à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério que implante um sistema de absoluta transparência na remessa dos medicamentos de compra centralizada às Unidades Federativas, publicando no sítio do Ministério as demandas de cada Unidade da Federação, juntamente com os protocolos de entrega dos referidos medicamentos. **Deliberação: aprovada a recomendação do CNS à Secretaria de Ciência e Tecnologia/MS.** Em seguida, apresentou Moção de louvor do CNS aos dez Ministros e Ministras do Supremo Tribunal Federal do Brasil – STF pela decisão histórica e por unanimidade da Inconstitucionalidade do artigo 1723 do Código Civil do Brasil e a afirmação do artigo 5º da Constituição Federal reconhecendo o princípio da isonomia de direitos como pilar da democracia no Brasil. Tal decisão estende à população LGBT cento e doze direitos já garantidos no caso de casais heterossexuais. O CNS parabeniza o Supremo Tribunal Federal por reconhecer a dignidade das pessoas humanas com orientação sexual homossexual (Lésbicas, e Gays) e identidade de gênero (travestis e transexuais) possibilitando a estes cidadãos e estas cidadãs brasileiras o direito de se constituir legalmente como entidade familiar. Além disso, afirma a importância do cumprimento integral da Constituição Federal, notadamente o artigo 5º que coíbe todo tipo de discriminação e preconceito por cor, raça, credo, sexo, origem e classe social, garantindo a isonomia de direitos às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, já consagrados aos cidadãos heterossexuais. Reafirma a importância da laicidade do Estado e o fortalecimento do Estado Democrático de Direito! Por um Brasil sem homofobia, lesbofobia, transfobia! Por um Brasil com Igualdade, Equidade, Dignidade, Liberdade, Justiça - preceitos fundamentais para uma vida com saúde! Conselheiro **Clóvis Bouffleur** começou a sua fala destacando que o Brasil é um país democrático de direito e as opiniões distintas devem ser respeitadas. Na condição de representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), explicou que a preocupação principal acerca da decisão do STF refere-se à preservação do conceito de família, conforme prevê a doutrina da igreja católica. Contudo, frisou que não se trata de uma posição contra as pessoas, lembrando inclusive que a Conferência repudia qualquer forma de discriminação e preconceito. Colocou, no entendimento da CNBB, que o STF extrapolou os limites de sua competência ao decidir sobre essa questão e abriu um precedente perigoso para a estabilidade democrática do país. Diante desses argumentos, declarou o seu voto contrário à moção de apoio à decisão do STF. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, após registrar a presença da representação da LGBT no CNS – titularidade e suplência, avaliou que a decisão do STF reconhece um direito constitucional e, nessa linha, defendeu a laicidade do Estado e a garantia dos direitos da dignidade das pessoas - homens e mulheres. Destacou que as uniões homoafetivas já acontecem há tempos e a novidade é o reconhecimento legal delas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a sua satisfação por mais um direito adquirido pela população do país e ressaltou que é dever do STF garantir a isonomia em relação aos direitos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** registrou o seu apoio à moção visto que a decisão refere-se ao direito da pessoa humana. Conselheira **Juneia Martins Batista** manifestou o apoio da CUT à moção e avaliou como arcaica e retrógrada a posição da CNBB de não reconhecer a decisão do Supremo. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** também registrou o apoio à moção visto que reconhece um direito adquirido e solicitou que o CNS também avalie e se manifeste sobre decisões do Supremo que prejudique a classe trabalhadora. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** dialogou com a conselheira Juneia Martins Batista destacando que tentou ser objetivo e respeitoso ao expor a posição da entidade que representa no CNS. Ressaltou que a Confederação é uma instituição de referência nacional e possui as suas convicção como as demais entidades que compõem o CNS, portanto, solicitou que a sua posição fosse respeitada. Conselheira **Sandra Régis**, em nome da CEPA, manifestou o apoio à decisão do STF, mas solicitou respeito às ideologias da igreja, independente de qual seja. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** aproveitou para registrar que o conselheiro Liorcino Mendes Pereira Filho foi o primeiro a registrar a sua união homoafetiva após a decisão do STF e convidou os conselheiros a participar da cerimônia religiosa do casamento dele, no dia 7 de setembro, em Goiânia, por uma igreja evangélica. **Deliberação: a moção de louvor à decisão do STF foi aprovada com o voto contrário do Conselheiro Clóvis Bouffleur.** Em seguida, o Presidente do CNS apresentou moção de apoio do CNS ao trabalho desenvolvido pela Câmara Federal, através da Comissão de Constituição de Justiça e de Cidadania – CCJ, em especial à aprovação nesta Comissão 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*

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

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

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



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

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

da 14ª CNS para mobilização a ser disponibilizada no site. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** solicitou atenção para as pessoas com patologias graves e que precisam de acompanhamento. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a Comissão de Infraestrutura terá pauta na próxima reunião do CNS. **Deliberação: o Conselheiro Pedro Tourinho foi indicado a coordenar o Facebook e o Twitter da 14ª CNS. Os demais conselheiros também podem contribuir nesse trabalho. A proposta de fórum de debate (“Tribuna aberta”) será tratada na próxima reunião da Comissão Organizadora.** Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou a realização da I Videoconferência da 14ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro” e eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”, em 1º de junho de 2011, no CNS e sede do DATASUS em todos Estados e no DF. Disse que o conselheiro Alexandre Rocha Santos Padilha fará a abertura da videoconferência e o Pleno deveria indicar representantes dos três segmentos para participar da atividade. **Deliberação: aprovadas as seguintes indicações para a I Videoconferência da 14ª CNS: representante dos Usuários - Conselheira Maria do Socorro de Souza; representante dos Trabalhadores da Saúde - Conselheira Jovita José Rosa; e representante dos Gestores/Prestadores - Conselheiro Luiz Odorico Andrade.** Definido esse ponto, conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou o Plano de Trabalho da Comissão de Comunicação para 14ª CNS, que materializa os debates da Comissão:

- 1) Orientação estratégica\atribuições: criar Logomarca para 14ª CNS. A criação da logomarca para a 14ª Conferência Nacional de Saúde funcionará como elo agregador das três etapas da conferência. Ação a ser desenvolvida: divulgação da logo da 14ª CNS, em pop-up nas páginas governamentais e das entidades ligadas ao controle social. Período: janeiro a maio.
- 2) Orientação estratégica\atribuições: orientar, avaliar e aprovar as peças publicitárias criadas pela agência contratada. Ação a ser desenvolvida: elaboração de cartazes, painéis, banners, pop-up, caneta, camiseta, pasta, bloco de notas, fundo de palco, certificados, crachás, manual do participante, squeezes, entre outros. Período: janeiro a maio.
- 3) Orientação estratégica\atribuições: produzir documentário sobre as conferências a partir da 8ª CNS. O documentário deverá ressaltar os objetivos, temário e conclusões das últimas conferências, além de vídeos sobre o temário da 14ª Conferência Nacional de Saúde para veiculação durante o evento.
- 4) Orientação estratégica\atribuições: captar e difundir informações das etapas Municipais e Estaduais. Ação a ser desenvolvida: disseminar todas as informações sobre a 14ª CNS, com utilização dos meios de comunicação das entidades que compõem o CNS e movimentos populares para difundir e captar informações referentes às etapas municipais e estaduais; solicitar à Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados entrevista e divulgação na TV Câmara; solicitar à Comissão Assuntos Sociais do Senado Federal entrevista e divulgação na TV Senado; sugerir à Comissão de Comunicação uma carta mobilizadora a ser disseminada para todos os setores da sociedade civil (CNES) – release para meio acadêmico. Período: janeiro a maio. Responsáveis: Assessoria de Comunicação do CNS, ASCOM do Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação do CNS/Comissão de Comunicação e Informação da 14ª CNS, Comissão de Mobilização e Articulação da 14ª CNS.
- 5) Orientação estratégica\atribuições: criar espaço para literatura específica. Ação a ser desenvolvida: disponibilizar espaços para lançamento de livros sobre Controle Social e SUS. Responsável: Comissão Organizadora da 14ª CNS e Comissão de Comunicação e Informação da 14ª CNS. (Sugestão: ampliar para além do SUS).
- 6) Orientação estratégica\atribuições: valorização regional. Ações a serem desenvolvidas: providenciar apresentações valorizando as questões regionais, como nas últimas conferências de saúde; incentivar a realização de manifestações culturais regionais (peças de teatro, literatura de cordel, danças, entre outros), com roteiros a partir do temário da 14ª CNS, para divulgar as conferências estaduais. Nas peças teatrais, a sugestão é utilizar como exemplo a técnica do “Teatro dos Oprimidos”. Período: etapa nacional. Responsável: Comissão Organizadora da 14ª CNS, Comissão de Comunicação e Informação da 14ª CNS, Coletivo Humaniza SUS, Ministério da Saúde e Ministério da Cultura.
- 7) Orientação estratégica\atribuições: internet, mídias alternativas, e-mail e redes sociais. Ações a serem desenvolvidas: criar conta de e-mail específica da 14ª CNS para estabelecer contatos diários; criar contas em Redes Sociais (Twitter/Facebook/Orkut) para divulgação, construção de debates *on line*, depoimentos via twittcam, etc; utilizar a Rede PID; Encontro de Blogueiros – Blogueiros e o SUS; e produzir informativo eletrônico semanal distribuído aos conselhos de saúde – por meio da planilha do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – a instituições e entidades da área da saúde, aos movimentos sociais e aos conselheiros nacionais. O informativo também ficará disponível para consulta nos sites da 14ª Conferência Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Período: abril a novembro.
- 8) Orientação estratégica\atribuições: material impresso – Pré-14ª CNS. Ações a serem desenvolvidas: edição do Manual da Conferência, com Regulamento, Regimento e Programação e informações gerais da cidade que sediará a etapa nacional; produzir release para os veículos de imprensa municipais/estaduais/regionais/nacionais, divulgando a etapa da Conferência; produzir Revista da 14ª CNS, com matérias especiais sobre as conferências anteriores e a atual;

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

da 14ª 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 de garantir a realização e fortalecer as etapas municipais. Orientação estratégica\atribuições: 4. Fortalecer e facilitar o intercâmbio nas três esferas. Ação a ser desenvolvida: realizar de plenárias/articulações regionais durante a realização da etapa nacional da 14ª 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 14ª CNS com a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados para apresentar a 14ª CNS e solicitar apoio nos estados e municípios; reunião da Comissão de Articulação e Mobilização da 14ª CNS com a Frente Parlamentar de Saúde para apresentar a 14ª CNS e solicitar apoio nos estados; e reunião da Comissão de Articulação e Mobilização da 14ª CNS com a Comissão Assuntos Sociais do Senado Federal para apresentar a 14ª 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 14ª 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 14ª CNS; e enviar aos Ministérios carta com divulgação, solicitando apoio e participação na 14ª CNS. d) AMPASA: enviar carta com divulgação, solicitação de apoio e de participação do Judiciário na 14ª Conferência 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 14ª 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 14ª CNS no material de divulgação do Congresso do CONASEMS e montar stand do CNS no Congresso para a divulgação da 14ª CNS; e articular a divulgação da 14ª 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 conferências; 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 14ª CNS em suas reuniões ordinárias; e indicar conselheiros para participar da reunião do PPA (maio) aproveitando o Fórum Interconselhos.

**Manifestações.** A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a Secretária-Executiva do CNS está participando de diversas atividades para distribuir material visando mobilização para 14ª CNS. Além disso, explicou que as entidades interessadas poderão solicitar material da 14ª 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 14ª 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 14ª CNS há meses. A Secretária-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 Secretária-Executiva do CNS, do processo de preparação da 14ª CNS. Também solicitou atenção para a bolsa a ser distribuída na 14ª 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 Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a equipe

de comunicação está trabalhando as questões de comunicação e assessores técnicos realizam contato com estados e municípios. Disse que nos próximos quinze dias haveria uma sala para tratar da 14ª CNS da qual participaria três consultores do CNS e seriam contratados mais três, além de cinco jornalistas. Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou a equipe de comunicação do CNS e a equipe técnica pela assessoria e pelo suporte, a Secretária-Executiva pelos esforços e a Comissão Organizadora da 14ª pelo trabalho. **ITEM 11 - CONGRESSO DO CONASEMS: APRESENTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA OFICINA** - *Apresentação:* Conselheiro **Pedro Tourinho**. *Coordenação:* Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Pedro Tourinho** submeteu à apreciação e deliberação do Pleno a proposta de programação da II Oficina Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS, dia 11 de julho de 2010, das 9h às 12h, no Congresso do CONASEMS. Disse que os produtos esperados da oficina são os seguintes: Carta de intenção dos Gestores para o fortalecimento do Controle Social no SUS, a ser incluída no Relatório Final do congresso/Carta de Brasília. Público alvo: gestores, profissionais de saúde e usuários inscritos no Congresso. Deve ser abordado ainda pelos participantes, temas transversais como Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Pacto em Defesa do SUS e de Gestão. Detalhou a programação que é a seguinte: 9h - Acolhimento e abertura; 9h às 11h - Mesa redonda – Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS. Palestrantes: gestor Nacional – Alexandre Padilha, Trabalhador – Ruth Ribeiro Bittencourt, Usuário – Pedro Tourinho de Siqueira; e Gestor Municipal – José Eri de Medeiros. 11h – Debate. Debatedores: José Naum e Liorcino Mendes. 11h30 – Aprovação da Carta de intenção dos Gestores para o fortalecimento do controle social no SUS. Coordenador: Liorcino Mendes Pereira Filho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir na programação um momento de debate em GTs, a fim de garantir o caráter de oficina. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** disse que a intenção seria atualizar ou ratificar a Carta de Gramado e não produzir uma nova e sugeriu não ter fala para debatedores, a fim de garantir maior prazo para debate com a plenária. Conselheiro **Pedro Tourinho** explicou que os debatedores terão a finalidade de instigar o debate e não expor sobre o tema. **Deliberação: aprovada a programação da II Oficina Participação Social e Políticas Públicas: Fortalecendo a Gestão do SUS, com a ressalva de que os debatedores terão o papel de fomentar o debate.** **ITEM 12 – RELATÓRIO DO III ENCONTRO DAS CISTs** - *Apresentação:* Conselheira **Maria Izabel da Silva**, Coordenadora da CIST/CNS; e **Roque Veiga**, da CGSAT/DVSAST/SVS/MS. *Coordenação:* Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Maria Izabel da Silva** fez uma apresentação sobre os resultados do III Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador, realizado nos dias 15 e 16 de dezembro de 2010, em Brasília/DF. Explicou que a atividade contou a participação de representantes de CISTs Nacional, Estaduais e Municipais, Conselheiros Nacionais de Saúde, representantes da Plenária de Conselhos de Saúde, das Centrais Sindicais, do CONASS e CONASEMS e Coordenadores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs. O objetivo geral da atividade foi fortalecer o controle social no processo de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador - PNST, considerando o papel das CISTs no assessoramento aos conselhos de saúde na temática de saúde do trabalhador. Os objetivos específicos foram: propiciar aos participantes conhecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e o Manual da RENAST a partir da portaria 2728/09; definir estratégias para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador; definir estratégias para a implementação da Portaria GM/MS nº. 2.728/2009, que representou uma atualização da regulamentação da RENAST em face do Pacto pela Saúde e do Manual da RENAST; e definir estratégias para criação e/ou fortalecimento das CISTs estaduais e municipais. Relatou que a mesa de abertura contou com a participação de representante da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT, do CONASEMS, e da CIST e, em seguida, foram realizadas mesas sobre os seguintes temas: Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST, GM/MS nº 2728/2009, e Manual da RENAST; Processo de Controle Público em Saúde do Trabalhador; Resultado do Fortalecimento do Controle Social; e Ações Desenvolvidas pela CIST Nacional/CNS que Fortaleceram o Controle Social. Na sequência, foram realizadas atividades em Grupos com a seguinte orientação: apresentar estratégias e/ou ações para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, da Portaria GM/MS nº 2.728/2009 – Portaria da RENAST, e do Manual da RENAST; apresentar estratégias e/ou ações para a implementação da Política Nacional da Portaria GM/MS nº 2.728/2009 – Portaria da RENAST, e do Manual da RENAST; e apresentar estratégias e/ou ações para garantir criação e/ou fortalecimento das CISTs estaduais e municipais. Feito esse relato, apresentou algumas das sugestões dos Grupos de Trabalho do Encontro, sendo: qualificar o controle social em Saúde do Trabalhador; fazer constar nas conferências municipais de saúde as ações em saúde o trabalhador; constar nos PPA municipais, estaduais e DF as ações de saúde o trabalhador, garantindo a sua publicidade; divulgar a recomendação da CIST nacional nº 034/2009 para do Conselho Nacional para que os conselhos municipais de saúde criem CISTs estaduais e municipais; sensibilizar os Conselhos de Saúde e as entidades sindicais, quanto à 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 4ª 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 do  
1991 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 acidentalidade para incentivar investimentos e à  
2011 participação do TST na campanha para o combate da acidentalidade 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. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omoro, 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, Lérida 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 **Rosângela 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, Juarez Pires de Souza, Júlia Maria Roland, Júlio Cezar 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.**