



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos cinco e seis dias do mês de julho de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou a reunião cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Destacou a presença do Presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM, Roberto Luiz D’Ávila e do Presidente da Federação Nacional dos Médicos - FENAM, Cid Carvalhaes. Em seguida, apresentou a pauta da reunião e informou que o documento final do GT UPA fora enviado ao Ministério da Saúde para avaliação e retorno ao CNS. **Não havendo destaques, a pauta foi aprovada.** A seguir, foi aberta a palavra ao Presidente da FENAM e ao Presidente do Conselho Federal de Medicina. O Presidente da FENAM, **Cid Carvalhaes**, iniciou a sua manifestação agradecendo a deferência e o convite para participar da reunião do CNS, órgão máximo de deliberação do SUS. Chamou a atenção para a importância da 14ª CNS que discutirá os rumos da saúde nos próximos anos. Manifestou preocupação com a ausência de diretrizes para definição de uma política de estado para saúde no país. Salientou que é preciso articulação com o Congresso Nacional no sentido de definir diretrizes orçamentárias, além de carreiras profissionais, e garantir a profissionalização da gestão e a participação do controle social. Explicou que os discursos das entidades médicas e do CNS são semelhantes com algumas diferenças táticas. Sendo assim, a intenção é aprender com os debates e trazer as preocupações dos médicos do país como um todo. Por fim, agradeceu a oportunidade e declarou que a sua presença manifesta a disposição da entidade em lutar com o CNS por uma saúde digna e com qualidade. Em seguida, interveio o Presidente do Conselho Federal de Medicina, **Roberto Luiz D’Ávila**, que, primeiro, agradeceu a acolhida do CNS e destacou que há mais convergências entre as entidades médicas e o CNS que divergências. Considerando o panorama atual, disse que as divergências pontuais são mínimas diante da dimensão dos problemas a serem enfrentados. Falou da preocupação das entidades médicas com a situação do SUS e o sistema complementar e destacou a Comissão Pró-SUS, formada pelas três entidades médicas nacionais (FENAM, CFM e AMB) com a finalidade de debater questões relativas à saúde. Também justificou a ausência do Presidente da Associação Médica Brasileira - AMB e reiterou os agradecimentos pela acolhida. Finalizando, manifestou a sua satisfação em participar do CNS e colocou o anseio do CFM em participar da 14ª CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que as Comissões do CNS estão em processo de reestruturação, o que permitirá a inclusão das entidades médicas nas atividades do CNS. afirmou, por fim, que o CNS sempre esteve aberto à participação das entidades médicas e é possível garantir a participação destas na 14ª CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 222ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Apresentação:* Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação:** aprovada, por unanimidade, a ata da 222ª Reunião Ordinária do CNS com as contribuições dos conselheiros Nelson Mussolini e Geraldo Alves Vasconcelos. **ITEM 2 – INFORMES E INDICAÇÕES** - *Apresentação:* Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. **Indicações. A – INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN.** *Coordenação-adjunta:* substituição de Rosane Nascimento da Silva. **Indicação:** Conselheira Nelci Dias da Silva. **B – INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL – CISM.** *Coordenação:* substituição da Conselheira Verônica Lourenço por um conselheiro titular. *Coordenação-adjunta:* substituição de Maria Ermínia. **A indicação será feita na próxima reunião do CNS. C – INDICAÇÃO PARA COMISSÃO INTERSETORIAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA e FARMACOEPIDEMIOLOGIA – CIVSF.** *Coordenação-adjunta:* substituição do Conselheiro Paulo César Augusto de Sousa por um conselheiro titular. **Indicação:** Conselheiro João Donizete Scaboli. **D – GT**

**SAÚDE E MIGRAÇÃO: ACESSO A SAÚDE DO ESTRANGEIRO NO BRASIL.** *Indicação de três*  
*conselheiros, paritariamente.* Um trabalhador: Solange Aparecida Caetano; um gestor: Luís Carlos  
 Bolzan; e um usuário: Abrahão Nunes da Silva. E - **INDICAÇÃO DE REPRESENTANTE PARA**  
**PARTICIPAR DE AUDIÊNCIA PÚBLICA NA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS/SENADO PARA**  
**DISCUTIR O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.** Convidados: CONASEMS, CONASS, MS,  
 MP, CNS e Sanitarista, Áquilas Mendes. O Senado Federal ainda não definiu a data da audiência.  
*Indicação:* Conselheiro Fernando Luiz Eliotério. F – **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”.** *Indicação:* Conselheiro Geraldo Adão Santos. G –  
**DIÁLOGOS ON-LINE SOBRE A 14ª CNS (CONVÊNIO SGEP E UFMG).** *Indicação para o Comitê*  
*Gestor:* um trabalhador, um gestor e dois usuários. Conselheira Júlia Maria Roland explicou que o papel  
 do Comitê gestor é elaborar as perguntas a serem colocadas em debate, propor painelistas para redigir  
 textos sobre os temas em debate, além de organizar biblioteca virtual de aprofundamento dos temas.  
*Indicações:* um trabalhador: Conselheiro Francisco Batista Júnior; um gestor: Júlia Maria Roland e  
 Gilson Cantarino; e dois usuários: Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues e Conselheiro Clóvis  
 Bouffleur. Extra: Congresso da Associação Brasileira de Odontologia. Local: Rio de Janeiro. Data:  
 21 de julho de 2011. *Indicação:* Conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos. **PROGRAMAÇÃO DO CNS**  
**PARA A TV CANAL SAÚDE –** A Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum,  
 apresentou uma proposta preliminar de programação do CNS para a TV Canal Saúde. Começou  
 explicando que os Programas Integrantes da Grade do Canal Saúde para 2011 são os seguintes:  
 Produção de série “Sala de Convidados” (três entrevistas de 26 minutos); Programa ao vivo interativo de  
 60 minutos com os temas a serem definidos pelo Conselho Nacional de Saúde; e quatro debates  
 (mensais) sobre o tema da 14ª CNS. Também disse que foram demandadas novas produções para  
 2011, quais sejam: documentário sobre a história das conferências no Brasil; transmissão de  
 consolidado das sessões do Conselho Nacional de Saúde; e interprograma (chamada) sobre o Controle  
 Social. Para 2012, explicou que foram demandadas as seguintes produções: Programa no Canal Saúde  
 na Estrada (município/estado); Telecurso para conselheiros de saúde; Sala de convidados (4); Programa  
 ao vivo interativo (2); transmissão de consolidado das sessões do Conselho Nacional de Saúde; e  
 Interprograma (chamada) sobre o Controle Social. Disse que essa proposta preliminar fora apresentada  
 ao Canal Saúde e inicialmente aceita, mas necessitava da aprovação do CNS. Por fim, destacou que  
 seria necessário formar um comitê ou delegar à CICIS o acompanhamento da programação. A seguir,  
 houve uma rodada de manifestações e emergiram as seguintes propostas: que a Comissão de  
 Educação Permanente para o Controle Social acompanhe a programação do CNS para o Canal Saúde;  
 que o CNS inicie diálogo com o Ministério da Saúde no sentido de garantir um canal de TV exclusivo  
 para a área da saúde; que o CNS solicite uma programação para a saúde na TV Brasil; e que a  
 programação do CNS para a TV Canal Saúde seja revista na lógica de tratar de temas polêmicos como  
 planos privado de saúde, ações terapêuticas, aborto, entre outros. **Retorno da mesa.** Conselheiro  
 Francisco Batista Júnior explicou que a programação foi elaborada de forma a contemplar os mais  
 diversos e abrangentes temas relativos ao controle social e à atuação do CNS. Também apoiou a  
 proposta de iniciar diálogo com o Ministério da Saúde no sentido de garantir um canal de TV para a  
 saúde. A Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, esclareceu que o Pleno do  
 CNS e a Mesa Diretora do CNS definirão o tema e o conteúdo das entrevistas. No mais, reiterou que se  
 trata de uma proposta preliminar e, posteriormente, será definido o formato da programação.  
**Deliberação: aprovado o formato da programação do CNS para a TV Canal Saúde**  
**(posteriormente, o Pleno definirá como será a participação do CNS). Além disso, acordou-se que**  
**o CNS iniciará negociação visando garantir programação para a saúde na TV Brasil e diálogo com**  
**o Ministério da Saúde no sentido de viabilizar a proposta de um canal de TV para a saúde.**  
**RESOLUÇÃO ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL –** Conselheira Eliane Aparecida da  
 Cruz avaliou que o debate sobre análise situacional da saúde no Brasil, na última reunião do CNS,  
 ocorreu na linha de análise de conjuntura, sendo desnecessário aprovar uma resolução a respeito.  
 Conselheiro Jurandi Frutuoso avaliou que o produto de debates do Conselho deveria ser indicação do  
 Pleno e os temas mais relevantes e possíveis de serem executados deveriam tornar-se resolução.  
 Conselheiro Francisco Batista Júnior acrescentou que nem todos os temas debatidos no CNS eram  
 passíveis de resolução, como o caso. **Deliberação: a resolução sobre análise situacional da saúde**  
**no Brasil foi retirada. As apresentações feitas durante a análise situacional da saúde no Brasil**  
**serão divulgadas no site do CNS.** **RESOLUÇÃO DO GT TUBERCULOSE –** Conselheiro José Marcos  
 de Oliveira explicou que a nova proposta de resolução atende ao objetivo para a qual se propôs, tendo  
 sido objeto de contribuições. Dito isso, fez a leitura da proposta de resolução cujo texto é o seguinte:  
 “considerando que o enfrentamento da tuberculose está na agenda de prioridades das políticas públicas  
 do Ministério da Saúde e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 19º

117 lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos no mundo e que, no ano de 2009,  
118 foram notificados 72 mil novos casos e morrem aproximadamente 4.8 mil pacientes no país, ao ano;  
119 considerando que a tuberculose é a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte  
120 das pessoas vivendo com HIV/AIDS; considerando ainda que o controle da tuberculose baseia-se na  
121 busca de casos e na realização do diagnóstico precoce, adequado, com disponibilização de tratamento  
122 até a cura para interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos; considerando  
123 ainda que o Brasil segue as determinações da OMS (STOP-TB) comprometendo-se a detectar 70% dos  
124 casos bacilíferos estimados e a curar, pelo menos, 85% dos casos em tratamento e que para o alcance  
125 desta meta o Ministério da Saúde pactuou o fortalecimento da estratégia do tratamento diretamente  
126 observado (TDO) com as demais esferas de gestão como principal instrumento para alcançar as metas  
127 internacionais; considerando ainda que, para o controle da coinfeção TB/HIV, o Programa Nacional de  
128 Controle da Tuberculose (PNCT) trabalha de forma articulada com o Departamento de DST/AIDS e  
129 Hepatites Virais na elaboração de estratégias conjuntas com o objetivo de ampliar a cobertura do teste  
130 rápido anti-HIV e o aconselhamento para todos os portadores de tuberculose, além de ampliar o teste de  
131 PPD e o tratamento da infecção latente para todos os portadores de HIV; considerando que se torna  
132 imperativa a necessidade de prevenir e controlar a tuberculose multirresistente (TB MDR) no Brasil;  
133 considerando que as populações mais vulneráveis, entre as quais estão as comunidades empobrecidas,  
134 populações em situação de rua, privadas de liberdade, indígenas e pessoas vivendo com o HIV/AIDS,  
135 são as mais atingidas por essa patologia, aponta-se a tuberculose em consonância com a Política  
136 Nacional de Direitos Humanos; considerando que os sistemas de notificação e informação não  
137 subsidiam com as informações necessárias para a tomada de decisão em tempo oportuno; e  
138 considerando ainda que as ações e estratégias de fortalecimento do SUS são de fundamental  
139 importância para o enfrentamento da tuberculose no país a partir de parâmetros estabelecidos nos  
140 Pactos Pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Resolve: 1. Estabelecer que as  
141 atividades finais do Programa sejam executadas pelas unidades regulares de saúde nas três esferas de  
142 gestão com ênfase na Atenção Primária. 2. Que o Ministério da Saúde implemente medidas para o  
143 aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde. 3. Garantir a qualidade laboratorial, visando a  
144 realização e ampliação da baciloscopia e do teste de cultura do Bacilo de Koch (BK). 4. Implantar o teste  
145 rápido para a tuberculose em todo o país. 5. Viabilizar a produção nacional dos medicamentos em dose  
146 fixa combinada (“4 em 1”). 6. Intensificar as ações de controle da infecção e aprofundar o controle da TB  
147 MDR no âmbito nacional. 7. Ampliar as ações de controle da coinfeção TB/HIV, visando a implantação  
148 das medidas de redução dos casos de tuberculose entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS e  
149 estruturar um Comitê Técnico Nacional em TB/HIV que discuta as estratégias para o enfrentamento da  
150 coinfeção no país. 8. Ampliar a realização do tratamento diretamente observado (TDO) com qualidade.  
151 9. Alinhar a área de capacitações do PNCT com a Política de Educação Permanente do Ministério da  
152 Saúde. 10. Expandir a política de pesquisa sobre tuberculose no Brasil. 11. Desenvolver ações que  
153 respeitem as especificidades das comunidades empobrecidas, da população em situação de rua,  
154 população privada de liberdade e comunidades indígenas e pessoas vivendo com HIV/AIDS, a fim de  
155 aperfeiçoar o controle da tuberculose nessas populações. 12. Constituir um comitê Intersetorial, com a  
156 participação da sociedade civil, para o desenvolvimento de ações conjuntas de modo a enfrentar os  
157 determinantes sociais relacionados à tuberculose, em especial, os que possuem relação direta com a  
158 pobreza e a dificuldade de acesso. 13. Contemplar o conceito e as ações de prevenção à tuberculose  
159 por meio de intervenções urbanas, a exemplo das obras do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC.  
160 14. Que o Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e o CNAS acompanhem a execução do  
161 Programa de Controle da Tuberculose regularmente, por meio de relatórios anuais que deverão ser  
162 elaborados pelo PNCT. 15. Que o Ministério da Saúde garanta a continuidade das ações executadas  
163 pelo Projeto Fundo Global/Tuberculose Brasil, com término em 2012. 16. Garantir a produção e  
164 veiculação de campanhas de massa voltadas à Prevenção, Educação e Sensibilização sobre  
165 Tuberculose, com caráter permanente.” Após a leitura, os conselheiros fizeram as seguintes  
166 considerações sobre o texto da resolução e sobre o tema: definir estratégia para acompanhar as  
167 populações vulneráveis em tratamento para evitar a interrupção; incluir população negra entre as  
168 populações vulneráveis visto que possui alta taxa de incidência e mortalidade duas vezes maior que a  
169 população branca; reelaborar o item 14, clarificando as tarefas do Conselho Nacional de Saúde,  
170 CONASS, CONASEMS e CNAS; substituir a redação do item 13 por “Garantir que as ações e o controle  
171 de prevenção da tuberculose serão priorizadas nas ações de desenvolvimento econômico social, a  
172 exemplo do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC” e a redação do item 15 por “Que o Ministério  
173 da Saúde garanta e normatize as ações executadas por projetos vinculados a organismos de apoio  
174 técnico-científico de instituições bi e multilaterais”; rever o texto da resolução, inclusive com substituição  
175 de verbos como “garantir”, “desenvolver”, visto que não são atribuições do CNS; e contemplar a questão  
176 da transversalidade. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito da resolução e decidiu reelaborar o**  
177 **texto, a partir das proposições dos conselheiros, para ser reapresentado ao Pleno. PROPOSTA**

**DE RECOMENDAÇÃO DA CIAN** – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou minuta de recomendação, elaborada pela CIAN/CNS, com o seguinte teor: “Considerando que a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGAN é a unidade do Ministério da Saúde responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN no âmbito do Sistema Único de Saúde; Considerando a relevância da contribuição da nutrição e da saúde no alcance da segurança alimentar e nutricional do país, das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde e no Programa Mais Saúde, da participação da nutrição e da alimentação na determinação da doença; Considerando que a obesidade afeta mais de 50% da população adulta brasileira e que há um aumento expressivo da obesidade nas crianças e adolescentes, com prevalências superiores a 12% entre meninos e meninas; Considerando que as ações desenvolvidas alicerçam as diretrizes da PNAN, sendo os recursos orçamentários destinados prioritariamente às ações de promoção da alimentação saudável, prevenção e controle de carências nutricionais específicas, vigilância alimentar e nutricional e a atenção nutricional em especial na atenção primária à saúde; Considerando que houve uma evolução positiva de recursos da CGAN, de 2005 a 2010, sendo que a execução orçamentária durante os últimos cinco anos ficou em torno dos 95,37%; e Considerando, ainda, que a formulação do atual Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 permite a distribuição de programas, projetos e atividades desenvolvidos pelo Governo Federal de modo mais intersetorial. O CNS recomenda: 1) Ao Ministério da Saúde especial atenção às atividades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição expressas no Programa Temático de Segurança Alimentar e Nutricional, cujos recursos orçamentários continuarão sobre provisão do Ministério da Saúde, sendo a previsão necessária para alcance dos resultados pretendidos no valor de R\$ 124.800.000,00 (cento e vinte e quatro milhões, oitocentos mil reais); e 2) Que sejam previstos recursos orçamentários para o enfrentamento da epidemia de obesidade no país no Programa Temático de Aperfeiçoamento do SUS, no valor de R\$ 125.046.690,00 (cento e vinte e cinco milhões, quarenta e seis mil e seiscentos e noventa reais).” Concluída a leitura, foram feitas, dentre outras, as seguintes considerações: não votar a resolução, visto que é preciso rever dados defasados, ratificar informações, reelaborar os considerandos, entre outros aspectos; excluir os valores da resolução porque não cabe nesse documento; incluir recomendação para exclusão da gordura vegetal hidrogenada e margarina dos alimentos; e pautar debate na CIAN sobre o não cumprimento da resolução do CNS sobre a publicidade de alimentos e retomar esse debate no CNS. Tendo em vista a falta de consenso sobre o “resolve” e o pedido de revisão dos considerandos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu um diálogo entre a coordenação da CIAN e o governo para reelaborar o texto e apresentá-lo na próxima reunião do CNS. **Deliberação: o Pleno decidiu adiar a votação da recomendação da CIAN tendo em vista a necessidade de revisão dos considerandos. O texto será reapresentado na próxima reunião do CNS para deliberação. PROPOSTA DO CONSELHO EDITORIAL DA REVISTA DO CNS** - A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que o Conselho Editorial da Revista do CNS reuniu-se e não houve consenso sobre o espaço Opinião. Na visão do Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, a revista deve explicitar a opinião do Conselho sobre temas diversos, mas não divulgar opinião contrária à deliberação do CNS. No entendimento do Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, devem ser contempladas posições diversas, mesmo que contrárias à deliberação do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que o tema não fosse objeto de debate e decisão naquele momento, pois precisaria debater com o segmento dos trabalhadores posição a respeito. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que esse tema não necessitaria de debate nos segmentos e o Pleno poderia definir naquele momento a linha da Revista. A seguir, houve manifestações de defesa das duas propostas e não foi possível chegar a consenso. Sendo assim, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, colocou em votação as duas propostas – abrir o debate naquele momento ou pautar na próxima reunião – e o Pleno decidiu debater o assunto naquele momento. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que essa é uma discussão importante porque considera a concepção da pluralidade e diversidade do CNS. Explicou que a linha editorial da Revista será definida com base nas deliberações do CNS, mas o item “Opinião” expressará a pluralidade de opiniões e suscitará debates. Nesse sentido, salientou que é preciso garantir a expressão das diversas opiniões mesmo as contrárias à posição do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que os instrumentos de comunicação do CNS devem ser o mais amplo, transparente e representativo possível. Porém, disse que lhe preocupava movimentos feitos de forma não legítima para retomar debates de temas já definidos. Avaliou que a Revista deve ter espaço para todos os temas, inclusive aqueles sobre os quais o CNS posicionou-se (a favor ou contra). Esclareceu que a sua preocupação referia-se à possibilidade de um instrumento oficial do CNS, no caso a Revista, abrir um ponto de vista a favor ou contra um tema que o CNS tem posição contrária. Conselheiro **Milton de Arruda Martins** destacou que a grande força do CNS é a pluralidade e esta característica deve ser mantida nas reuniões e nos meios de comunicação do CNS. Ressaltou que a linha editorial da Revista reflète a posição do CNS e é preciso contemplar opiniões divergentes acerca de temas sobre os quais o Conselho tenha deliberação ou não. Portanto, defendeu que a Revista contemple diversos pontos de

vista, inclusive divergentes das deliberações do CNS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** ressaltou que pluralidade, diversidade e liberdade de expressão são conquistas e desafios da democracia. Nessa linha, defendeu a possibilidade de manifestação da minoria, inclusive com pontos de vista diferentes e a garantia do contraditório visto que é uma mola propulsora do avanço do conhecimento. Conselheiro **Arilson Cardoso** ratificou que se deve garantir os princípios básicos da democracia na Revista – liberdade de imprensa, possibilidade de contraditório, expressão da minoria. Feitas essas considerações, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, colocou em votação as duas propostas: 1) Possibilitar no espaço “Opinião” da Revista do CNS a explicitação de pontos de vista diferentes ainda que sejam contrários à deliberação do CNS; e 2) Possibilitar no espaço “Opinião” da Revista do CNS somente a explicitação de pontos de vista consonantes com deliberações do CNS. **Deliberação: aprovada a proposta de possibilitar no espaço “Opinião” da Revista do CNS a explicitação de pontos de vista diferentes ainda que contrários à deliberação do CNS.** Considerando a presença dos convidados para o Item 03 – Plano Plurianual - PPA 2012/2015 e Plano Nacional de Saúde 2012 a 2015, o Pleno suspendeu o debate dos informes e indicações. Os demais itens seriam retomados posteriormente. Conselheira **Jurema Werneck** registrou que o CNS recebeu ofício de duas entidades solicitando que o Conselho debata o tema prevenção de acidentes na infância.

**ITEM 03 – PLANO PLURIANUAL - PPA 2012/2015 - PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012 A 2015 - Composição da mesa:** **Airton Galiciano**, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS; Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da COFIN/CNS; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN/CNS; e **Marcos Moreira**, da SPO/MS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS, cumprimentou a SPO na pessoa do Sr. **Airton Galiciano** pelo avanço na construção do ciclo orçamentário do Ministério da Saúde. Disse que a Comissão reuniu-se nos dias 21 e 22 de junho, sob a coordenação do Conselheiro Ronald dos Santos, visto que não pode estar presente, para sintetizar as contribuições dos conselheiros ao PPA 2012-2105. Explicou que as contribuições da FENACELBRA, inicialmente não consideradas por um problema na Comissão, foram incorporadas ao documento. No caso das contribuições da ANAPAR, justificou que não foram consideradas porque chegaram fora do prazo. Disse que o documento com as contribuições dos conselheiros e a análise da COFIN foi encaminhado ao Ministério da Saúde no dia 28 de junho de 2011 com cópia aos conselheiros. Antes da fala do coordenador-adjunto da COFIN, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, com licença do seu titular e autorização da mesa, interveio para registrar que, durante o debate do PPA na última reunião, conselheiros entregaram propostas por escrito à mesa, como era o seu caso. Com o entendimento de que essas propostas entregues à mesa foram contempladas, disse que não as enviou à COFIN. Contudo, ao analisar o PPA 2012-2105 com as contribuições dos conselheiros verificou que não constavam as suas propostas entregues na última reunião. Diante disso, solicitou a autorização do Pleno para entregar as propostas a fim de serem consideradas pelo Ministério da Saúde. A esse respeito, acordou-se que a mesa se posicionaria após a fala do coordenador-adjunto da COFIN. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** falou da metodologia utilizada pela COFIN para sintetizar as contribuições dos conselheiros. Começou registrando o momento histórico do CNS que, pela primeira vez, debatia o PPA dentro do prazo legal. Detalhou que a COFIN elaborou dois documentos, o primeiro com as contribuições das dezessete entidades e o segundo com a sistematização das propostas na lógica do PPA (iniciativas e objetivos gerais). Explicou que a intenção era debater as iniciativas e os objetos, visando uma sintonia entre o PPA e o Plano Nacional de Saúde. Registrou, inclusive, o esforço da equipe do Ministério da Saúde para incluir o planejamento como linha central na estruturação do SUS. Por fim, informou que as contribuições dos conselheiros na última reunião do CNS que não chegaram à COFIN/CNS para sistematização poderiam ser apresentadas a fim de serem consideradas pela SPO. Na sequência, fez uso da palavra o representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, que, após cumprimentar os conselheiros, informou ao Pleno que as contribuições apresentadas na última reunião, inclusive as da Conselheira Graciara Matos, foram contempladas no documento. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que apenas duas das suas três propostas foram contempladas no documento (falta a relativa à capacitação da Rede para os CEOs) e não constavam as propostas apresentadas pelos Conselheiros Geraldo Vasconcelos e José Carrijo que visam fortalecer a Política Nacional de Saúde Bucal. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, informou que analisaria o documento entregue pela Conselheira Graciara Matos. Também registrou que o trabalho da COFIN de consolidação das propostas foi essencial para garantir a apresentação do documento com as considerações da SPO. Feitas essas considerações, iniciou a exposição com considerações iniciais sobre as contribuições do CNS para o PNS/PPA 2012-2015. Explicou que o processo de elaboração do PPA 2012-2015 foi estruturado tendo em vista: nova metodologia do PPA 2012-2015 proposta pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; uso efetivo dos Instrumentos de Planejamento no SUS; busca de racionalidade e efetividade: redução do número de instrumentos e do retrabalho; e compatibilidade e interrelação PPA e PNS. Lembrou que a metodologia do PPA segue objetivos e metas e mostrou a

correlação entre PPA e PNS. Disse que o Programa do PPA “Aperfeiçoamento do SUS” será o grande objetivo do PNS; os objetivos do PPA serão as diretrizes do PNS; as metas do PPA e do PNS são as mesmas; e as Iniciativas/Ações orçamentárias do PPA refletirão a PAS (Programação Anual de Saúde) do PNS. Ressaltou que o processo de debate e de construção não se encerrava naquele momento e as contribuições não contempladas no PPA poderiam ser incluídas em outros instrumentos como o PNS e a Programação Anual de Saúde ou nas discussões das áreas técnicas. Também lembrou que o PPA, no que se refere à inserção dos dados, encontrava-se no Ministério do Planejamento sob análise, mas havia compromisso de incorporação, no que fosse possível, das contribuições do CNS. Por fim, informou que são 154 Metas e 135 iniciativas no PPA e 94 propostas de Metas e 75 propostas de Iniciativas do CNS. Após essa apresentação inicial, o Pleno decidiu suspender para o almoço e retomar o debate após o intervalo. Reiniciando, a Secretária-Executiva do CNS informou que, caso necessário, itens de pauta seriam adiados visando assegurar o debate do PPA. O Pleno acatou a proposta. **ITEM 03 – PLANO PLURIANUAL - PPA 2012/2015 - PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012 A 2015 - Composição da mesa:** **Airton Galiciano**, da SPO/MS; Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da COFIN/CNS; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, coordenador da COFIN/CNS; e **Marcos Moreira**, da SPO/MS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A dinâmica de debate do PPA 2012-2015 foi apreciação das iniciativas e metas dos objetivos com contribuições do CNS e observações da SPO/MS. Definida a metodologia, o representante da SPO, **Airton Galiciano**, passou à leitura dos objetivos e das iniciativas com sugestões do CNS e observações da SPO. **Objetivo 1:** Garantir acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção especializada. *Sugestão do CNS:* incluir “com equidade” após a palavra “qualidade”. **Acatada a sugestão do adendo “com equidade” ao objetivo 1. Iniciativa 7:** Desenvolvimento de estratégias diferenciadas de atenção à saúde que busquem ampliar a reinserção social dos usuários do SUS. *Sugestão do CNS:* Desenvolvimento de estratégias diferenciadas de atenção à saúde que busquem ampliar a reinserção social dos usuários do SUS, residências inclusivas para as pessoas com deficiência, deficiência intelectual e patologias graves e pessoas com autismo e hospital-dia. *Proposta/observação da SPO/MS:* sugestão contemplada nas Iniciativas 7 e 12. **Iniciativa 11:** Implementação da política nacional de saúde integral para a população negra, com enfoque no Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. *Sugestão do CNS:* Implementação do Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. *Proposta/observação da SPO/MS:* a sugestão do CNS está contemplada na Iniciativa 11. **Iniciativa 12:** Implementação da Política Nacional para a Pessoa com Deficiência em todo o ciclo de vida. *Sugestão do CNS:* Implantar e efetivar a Política Nacional para a Inclusão da Pessoa com a Deficiência inclusive com autismo considerando o processo de envelhecimento. *Proposta/observação da SPO/MS:* a sugestão do CNS está contemplada na iniciativa 12. **Iniciativa 16:** Reordenamento da atenção especializada visando à integralidade de atenção, assim como a ampliação da atenção primária e especializada em redes de atenção à saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando assegurar resolutividade. *Sugestões do CNS:* Reordenamento da AE nas Redes de Atenção à Saúde visando à integralidade de atenção com evidência científica considerando o processo de envelhecimento, com ênfase na média complexidade ambulatorial e hospitalar. *Proposta/observação da SPO:* contemplada nas iniciativas 13 e 16. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento e ampliação da rede pública de prevenção e recuperação das doenças: crônico-degenerativas, com ou sem algum tipo de deficiência (transferida para o OE de doenças crônicas) – debate posterior. *Sugestão do CNS:* Efetivar Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos e a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, Implementando o modelo de atenção integral centrado na linha de cuidado, em TRS. *Proposta/observação da SPO:* Especificidade da iniciativa 16. Poderá constar na contextualização do objetivo do PNS. Além disso, há meta relativa a transplantes no OE. *Sugestão do CNS:* Avaliação e diagnóstico atual de toda a operacionalização dos transplantes pelas secretarias de saúde. (transferida do OE de relação federativa). *Proposta/observação da SPO:* Consultar a área técnica. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** fez as seguintes sugestões: incluir no primeiro objetivo a preocupação com a garantia do acesso, considerando as dificuldades e diversidades das regiões de saúde; contemplar meta relativa à “Inclusão de práticas integrativas” (essas práticas devem ser uma opção terapêutica do usuário); e associar a iniciativa “Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção” a metas. **Retorno da mesa.** O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, explicou que as iniciativas não geram necessariamente metas, vez que estas estão ligadas aos objetivos. Também esclareceu que a questão da regionalização será contemplada no objetivo sobre a relação federativa. Por fim, disse que o PPA contém meta e iniciativa relativa à política informação. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou o registro da sua proposta relativa à Política de Informação. Conselheira **Júlia Maria Roland** manifestou preocupação com a metodologia do debate por entender que não possibilitaria a apreciação de todo o texto e, como alternativa, sugeriu resolver os pontos com consenso e destacar os dissensos para debate posterior. Por



conta dessa fala, a mesa ratificou a metodologia do debate: leitura dos objetivos, iniciativas e metas com observações e, ao final, apresentação e apreciação de destaques dos conselheiros. Nesse momento, assumiu a coordenação dos trabalhos o Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS. Seguindo a metodologia definida, o representante da SPO, **Airton Galiciano**, continuou a leitura. **Iniciativa 17:** Reordenamento do processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, na perspectiva da oferta da atenção à saúde integrada às políticas prioritárias, garantido o acesso com qualidade. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento da Rede de Atenção integral a saúde para comunidades quilombolas e tradicionais. *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplada no Objetivo de Relação Federativa (iniciativa 4); além disso, possui ação orçamentária específica (8215 - Atenção à Saúde das Populações Quilombolas). *Sugestão do CNS:* Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de promoção da equidade e de enfrentamentos às disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia no âmbito do SUS. *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplado no Objetivo de Relação Federativa (iniciativa 4); além disso, possui ação orçamentária específica (8709 - Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade). *Sugestão do CNS:* Implementação e Expansão para todo o país do Programa de Triagem Neonatal aumentando o número de triagens e de doenças a serem diagnosticadas. *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa do OE da Rede Cegonha: “Implementação da Rede Cegonha...”. *Sugestões do CNS:* Prevenção e Controle do Tabagismo (COFIN: trazer da meta para a iniciativa); Implementar a política nacional de nutrição promovendo ações de vigilância alimentar e nutricional, articuladas com a implantação plano nacional de segurança alimentar e nutricional (COFIN: trazer da meta para a iniciativa); Implantar e implementar a nova PNAN – 10 anos (transferida do OE de cooperação internacional); Criar uma Política nacional de Saúde Funcional, inclusive garantindo o acesso aos serviços especializados de habilitação, recuperação e concessão de órteses e próteses necessárias. *Propostas/observações da SPO:* consultar a área técnica. Nesse ponto, conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, interrompeu a leitura para clarificar que as consultas às áreas técnicas visam identificar onde serão contempladas as sugestões do CNS, o que não significa que há discordância com a inclusão das propostas do Conselho. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, acrescentou que as metas precisavam ser discutidas com as áreas técnicas. Além disso, reiterou que o debate considerava o processo de planejamento do Ministério da Saúde (PPA, PNS, Programação Anual de Saúde) e não um instrumento separado. Feito esse esclarecimento, passou à apresentação das metas do Objetivo 1. **Meta:** Ampliar em 5.300 o número de equipes saúde da família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 36.960 até 2015. *Sugestão do CNS:* Implantação de XX Equipes Saúde da Família com a inclusão dos profissionais de saúde funcional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta depende de discussão ampliada sobre a composição das ESF. **Meta:** Implantar 25 centros de alta complexidade em oncologia, passando de 11 centros em 2011 para 36 até 2015. *Sugestão do CNS:* XX Novos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) implantados. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na meta do PPA. *Sugestões do CNS:* Serviços de oncologia habilitados com equipes multidisciplinares; XX Novos Serviços em Oncologia habilitados; e XX Novos Serviços em Radioterapia atualizados. *Propostas/observações da SPO/MS:* Demais metas de oncologia agregadas na meta de implantação de CACON. **Meta:** Implantar 270 redes locais regionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços em 2011 para 604 até 2015. *Sugestões do CNS:* XX redes locais regionais de serviços de recuperação funcional e XX serviços de recuperação funcional física, visual, intelectual e auditiva custeados. *Propostas/observações da SPO/MS:* Metas agregadas em uma única redação. **Meta:** Implantar 953 centros de especialidades odontológicas, passando de 950 centros em 2011 para 1.903 até 2015. *Sugestão do CNS:* 60 Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades especiais. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta do PPA é mais abrangente que a meta proposta. **Meta:** Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar, passando de 0 equipe em 2011 para 977 até 2015. *Sugestão do CNS:* Equipes multidisciplinares de Atenção à Saúde Domiciliar implantadas (incluindo a cobertura a pessoas em recuperação funcional) com deficiência, deficiência intelectuais e autistas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na meta do PPA. **Meta:** Reformar 8.000 unidades básicas de saúde. *Sugestão do CNS:* Incrementar em XX% o número de cirurgias eletivas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Serviços de terapia fonoaudiológica nas redes de saúde auditiva. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta; é uma proposta de expansão de serviços/recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS:* Implementar Plano Nacional Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade multiprofissional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta incorporada à diretriz do PNS. *Sugestão do CNS:* Implantação de unidades de saúde referenciadas garantindo acesso aos exames e procedimentos com equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada, para o atendimento das pessoas com mobilidade reduzida, deficiências múltiplas e/ou física inclusive com intérpretes da Língua Brasileira de Sinais. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa 12 - Implementação da Política

Nacional para a Pessoa com Deficiência. *Sugestão do CNS*: Estruturar XX Serviços de Nefrologia da rede pública (ambulatório e hospitalar). *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Garantir que as campanhas de educação priorizem a conscientização da população em relação à prevenção e aos fatores de risco de doenças crônicas. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não constitui meta do PPA, mas poderá constar na Programação Anual ou na contextualização da diretriz do PNS. *Sugestão do CNS*: Criação de Centros de Referência para atenção em Autismo em todos os Estados, no Distrito Federal e nos municípios com mais de 50.000 habitantes. *Propostas/observações da SPO/MS*: consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Produção e disseminação de materiais de apoio à implementação da Política de Saúde Negra para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e para Educação Permanente. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não constitui meta do PPA, mas poderá constar na programação anual (recomendação à área técnica). *Sugestão do CNS*: Estabelecer estratégias para a inclusão de sacerdotes e sacerdotisas, parteiras e benzedeiras, como promotores de saúde e parceiros do SUS. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não constitui meta - poderá constar na Programação Anual. *Sugestões do CNS*: organização da atenção em Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PICS) nas redes de saúde; qualificação/capacitação de profissionais de PICS; informação e comunicação em PICS; estudos e pesquisas em PICS promover estudos para implantação da classificação internacional de funcionalidade incapacidade e saúde para a introdução no sistema de informação em saúde. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contempladas na iniciativa 4 - Apoio e fortalecimento da inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nas Redes de Atenção à Saúde. *Sugestões do CNS*: Casas de apoio para pacientes que necessitem fazer procedimentos especializados e estejam longe do domicílio; Avaliar anualmente 100% das unidades de TRS, considerando a avaliação dos serviços prestados ao usuário. (transferida do OE de saúde suplementar); e Supervisionar XX unidades prestadoras de serviços privados em TRS (centros de nefrologia) e demais modalidades de Diálise. (transferida do OE de saúde suplementar). *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. Concluída a leitura das metas do primeiro objetivo, foi aberta a palavra para apresentação dos destaques. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, reiterou que consultar a área técnica significa identificar onde a sugestão do CNS será contemplada. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** solicitou que fosse incluído no primeiro objetivo o seguinte trecho: “Pactuação e implementação das Políticas de Saúde da População LGBT e do Campo e Floresta”. Conselheira **Júlia Maria Roland** explicou que a pactuação de Política está contemplada no objetivo do PPA “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável”. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou que é preciso incluir no primeiro objetivo a preocupação com a garantia do acesso, considerando as dificuldades e diversidades das regiões de saúde. Também ratificou a proposta de contemplar nas metas “Pactuação e implementação da Política LGBT e do Campo e Floresta”. Por fim, defendeu a definição de uma meta para a iniciativa “Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção”, dada a sua importância. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que a área técnica encaminhará, da forma possível, a proposta de contemplar as questões relativas à pactuação no primeiro objetivo. Também esclareceu que não necessariamente deve-se ter meta para cada iniciativa e, no caso da iniciativa “Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção”, destacou a dificuldade de se estabelecer meta. Também esclareceu que a intenção dessa iniciativa é esclarecer, orientar e divulgar o conjunto das Redes. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** avaliou que a iniciativa 8 “Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção” não explicita a ideia de inversão de modelo. Na linha de contemplar a preocupação do Conselheiro Clóvis Bouffleur, o Presidente do CNS sugeriu reforçar na Iniciativa 8 e no primeiro objetivo a ideia da rede de atenção básica como ordenadora das demais redes. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu que, posteriormente, o CNS aponte critérios de priorização de ações e verifique os responsáveis pelas metas e iniciativas. **Deliberação: reforçar na iniciativa 8 e nas demais, bem como no primeiro objetivo, a ideia da rede de atenção básica como ordenadora das demais redes. Além disso, o Plenário decidiu que, em outro momento, promoverá debate sobre os critérios de priorização de ações e investimentos.** Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como contemplar as diversidades sem detalhar demais e destacou, por exemplo, que não consta do PPA a ampliação da Rede de reabilitação visual. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que a diretriz geral deve contemplar o conjunto das diversidades nas iniciativas. Nessa linha, destacou que a ampliação dos serviços deve balizar-se pelo conjunto das políticas. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** perguntou, por exemplo, como garantir a inclusão da Política Nacional de Saúde Auditiva no PPA. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que é possível incluir a Política Nacional de Saúde Auditiva no PPA na forma de iniciativa e a área técnica identificará onde. Reiterou que os destaques dos conselheiros serão submetidos à área técnica para definir onde incorporá-los. Conselheira **Maria Cristina Biz** apresentou a seguinte proposta a



ser incluída nas iniciativas: “Apoio administrativo para promover a assistência fonoaudióloga”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, salientou que essa proposta seria submetida à área técnica para definir onde incorporá-la. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** perguntou onde a esclerose múltipla será contemplada e foi esclarecida que a área técnica identificará onde esse tema será contemplado. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que, no Brasil, de acordo com a Portaria nº. 1.060/02, são consideradas pessoas com deficiência “aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo”, enquanto que nos Estados Unidos e no Canadá também são consideradas as dificuldades de desempenho funcional que engloba as patologias e as doenças crônicas. Atualmente, observa-se que as prioridades estão mais voltadas para a área de reabilitação em relação à execução desta política. Assim, ressaltou a preocupação que se refere à garantia (ou não) das questões colocadas pelos outros segmentos. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, reiterou que solicitará avaliação da área técnica acerca da questão colocada pela conselheira Rosângela Silva e trará posição ao CNS. **A seguir, Conselheira Lígia Bahia sugeriu e foi aprovada a inclusão de nova iniciativa com a seguinte redação “Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Educação”.** Também foi acatada a proposta do Conselheiro **Juares Pires Sousa de contemplar, na questão dos transplantes, os sólidos e não sólidos.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou, na presença do Ministro da Saúde, que as entidades odontológicas entregaram, por escrito, as suas propostas ao representante da SPO, para análise da área técnica. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou, no caso das propostas relativas à pessoa com autismo, que áreas serão consultadas (saúde mental ou pessoa com deficiência?) e foi esclarecida pelo Presidente do CNS que todas as áreas técnicas. Não havendo outros destaques, encerrou a apreciação das iniciativas do objetivo 1 e passou às metas. Conselheira **Maria Cristina Biz**, retificou na meta “Implantação de XX Equipes Saúde da Família com a inclusão dos profissionais de saúde funcional”: “profissionais de saúde com abordagem em saúde funcional” e não “profissionais de saúde funcional”. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a meta “60 Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades especiais” para explicar que a intenção é garantir Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades especiais e que estes não devem resumir-se a 60. **A propósito, acordou-se por contemplar na meta “60 Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades especiais” que os CEOS devem ser adaptados para atendimento de pessoas com deficiências e necessidades especiais (não definir que serão 60, visto que pode ser um número maior).** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** registrou a importância de garantir o atendimento em saúde bucal para população rural visto que 40% desse segmento nunca consultou um dentista. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou se está contemplada cirurgia buco maxilo facial entre as especialidades odontológicas dos CEOS e o Ministro da Saúde comprometeu-se a verificar com a área técnica. Conselheira **Maria Cristina Biz** sugeriu que a meta “Serviços de terapia fonoaudiológica nas redes de saúde auditiva” passe às iniciativas, com garantia da recuperação e adaptação ao aparelho. **Aprovada a inclusão de iniciativa com a seguinte redação “Implantar serviços de terapia fonoaudiológica nas redes de saúde auditiva” (será feita consulta à área técnica para definir onde contemplá-la).** Conselheira **Marisa Furia** solicitou que esses serviços contemplem todas as pessoas que eles necessitem. **Na meta “Implantação de unidades de saúde referenciadas garantindo acesso aos exames e procedimentos com equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada, para o atendimento das pessoas com mobilidade reduzida, deficiências múltiplas e/ou física inclusive com intérpretes da Língua Brasileira de Sinais” foi aprovada a exclusão de “múltiplas e/ou física”.** Conselheiro **Willen Weil e Silva** sugeriu o seguinte adendo à iniciativa 4 “Apoio e fortalecimento da inclusão das Práticas integrativas e complementares (PICs) nas Redes de Atenção à Saúde”: “organização da atenção em Práticas integrativas e complementares (PICs) nas Redes de Atenção à Saúde, qualificação e capacitação de profissionais em Práticas integrativas e complementares (PICs), informação e comunicação em Práticas integrativas e complementares (PICs)”. **A esse respeito, acordou-se que o conselheiro Willen Weil e Silva entregaria proposta por escrito à mesa.** Não havendo outros destaques ao objetivo 1, o representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, passou à leitura das iniciativas e metas do **objetivo 2:** Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. **Iniciativa 9:** Implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Sugestão do CNS:* Ampliação da vigilância e assistência integral a saúde do trabalhador abrangendo a saúde funcional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa 9. **Iniciativa 13:** Qualificação e expansão das ações de Vigilância Sanitária, por meio da coordenação do SNVS, do controle sanitário, do monitoramento do risco e da regulação sanitária. *Sugestão do CNS:* Desenvolver ações de vigilância sanitária que permitam prevenir e controlar os riscos à saúde da população oriundos da produção e do uso de bens e serviços. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na iniciativa 13. *Sugestão do CNS:* Garantir e instrumentalizar a transversalidade das

ações de vigilância sanitária nas diferentes políticas de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada nas iniciativas 3 e 13. *Sugestão do CNS:* Formalização e Estruturação da Política Nacional de Vigilância Sanitária que fortaleça os princípios do SUS (transferida do OE de relação federativa).

*Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na iniciativa 13. *Sugestão do CNS:* Aperfeiçoamento e Qualificação do sistema público de prevenção, diagnóstico, notificação, atendimento e tratamento das intoxicações das populações expostas a substâncias químicas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na iniciativa 13. *Sugestões de iniciativas não relacionadas às iniciativas do PPA.* *Sugestão do CNS:* Fomento à criação de instâncias de promoção da igualdade racial na saúde, tais como grupos de trabalho, comissões, comitês, áreas técnicas, entre outros. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado no OE 1 (acesso), na iniciativa 11 (Implementação da política nacional de saúde integral para a população negra). *Sugestão do CNS:* Fomento à implementação, nos Estados e municípios, de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Aprimoramento da qualidade da coleta e do tratamento dos dados do quesito raça/cor no Programa Igualdade Racial, em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, conveniados ou contratados pelo SUS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado no OE 10 (execução direta), na iniciativa 9 (Desenvolvimento e consolidação da política da gestão da informação do SUS para propiciar transparência e subsidiar a tomada de decisão). *Sugestão do CNS:* Acompanhar o impacto e avaliação da redução do consumo de sal em termos dos custos ao SUS e da morbimortalidade da população por doenças crônicas.

*Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado no Programa Temático de Segurança Alimentar. Consultar a área. *Sugestão do CNS:* Construir e Pactuar de forma intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência metas anuais de redução da acidentalidade no trabalho para aperfeiçoar a efetividade do indicador de morbidade e mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, de modo à adoção de medidas especiais e específicas para as atividades laborais de alto risco, visando à melhoria na saúde integral do trabalhador. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não é iniciativa, mas uma recomendação à área técnica. Concluída a leitura das iniciativas, procedeu-se às metas. **Meta:** Ampliar o número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) desenvolvendo ações de vigilância em saúde do trabalhador para 100% até 2015. Linha de Base: 12% - 22 CEREST. *Sugestão do CNS:* Criação e efetivação de xx serviços de saúde funcional do trabalhador em referenciados a partir dos CERESTs e da rede de atenção primária nas 27 unidades da federação com profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na meta do PPA. *Metas não relacionadas às metas do PPA.* *Sugestão do CNS:* Quantificar e analisar todos os eventos que incidem sobre as doenças não transmissíveis e agravos tais como Diabetes, Hipertensão, renal crônica, hepatopatias entre outras. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta, mas uma recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS:* Reduzir em XX % o coeficiente de detecção de casos novos da doença renal crônica. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar XX estudos clínicos e epidemiológicos multicêntricos em hipertensão arterial junto aos produtores de medicamentos sobre eficácia e eventos adversos relacionados à população negra. (Movi. Negro). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Mapear mediante XX estudos os fatores de risco e a incidência das DIC e DCV na população negra. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* XX Metas pactuadas de forma intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência para redução da acidentalidade no trabalho. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa 9: “Implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador”. *Sugestão do CNS:* Realizar, no mínimo, duas campanhas anuais abordando entre outros os seguintes temas: dieta alimentar adequada, prática de atividade física em parcerias com instituições, controle de peso, tabagismo e alcoolismo, doenças de risco (diabetes, hipertensão, colesterol alto), DST/AIDS, artrose, artrite e osteoporose. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível à metodologia do PPA; pode figurar como ação de programação da área técnica. *Sugestão do CNS:* Regulação de publicidade e propaganda de alimentos, em especial, as dirigidas ao público infantil (transferida do OE de cooperação internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta do PPA, mas pode figurar como uma recomendação à Anvisa; já está contemplado na iniciativa 13. *Sugestão do CNS:* CIAN/CNS participar do Comitê de Monitoramento do Pacto de redução do teor de Sódio nos alimentos processados, conforme termo assinado em 7 de abril de 2011. (transferida do OE de cooperação internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta do PPA; pode figurar como uma recomendação ao MS. *Sugestão do CNS:* Elaboração de um código de ética que oriente a relação público privada no SUS, como forma de garantir a alimentação saudável, sem constrangimentos. (Mc Donalds) (transferida do OE de cooperação internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Manifestações.** Conselheiro **Ronald**

**Ferreira dos Santos** defendeu as sugestões do CNS relativas à iniciativa 13 do PPA, visto que, dentre outros aspectos, refletem a responsabilidade da vigilância sanitária que é atuar e controlar o risco no processo de produção e uso de bens e serviços. **Acordou-se que o Conselheiro Ronald dos Santos apresentaria uma redação com o mérito das quatro sugestões à iniciativa 13, a fim de evitar a criação de novas iniciativas.** Conselheira **Marisa Furia Silva** destacou a sugestão do CNS “CIAN/CNS participar do Comitê de Monitoramento do Pacto de redução do teor de Sódio nos alimentos processados, conforme termo assinado em 07/04/11.” para propor que o Pacto contemple redução do teor de outras substâncias como açúcar e gordura vegetal hidrogenada. **A esse respeito, acordou-se que o Ministério da Saúde verificará com o Programa de Segurança Alimentar se o Pacto de Redução contempla outras substâncias como açúcar, gordura vegetal hidrogenada, entre outras.** Sobre as metas, conselheira **Jurema Werneck** solicitou desdobramento das metas sugeridas “Realizar XX estudos clínicos e epidemiológicos multicêntricos em hipertensão arterial junto aos produtores de medicamentos sobre eficácia e eventos adversos relacionados à população negra. (Movi. Negro) e Mapear mediante XX estudos os fatores de risco e a incidência das DIC e DCV na população negra” visto que se referem à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Acordou-se **que será verificado com a área técnica onde contemplar (na Programação Anual, por exemplo) as metas sugeridas “Realizar XX estudos clínicos e epidemiológicos multicêntricos em hipertensão arterial junto aos produtores de medicamentos sobre eficácia e eventos adversos relacionados à população negra (Movi. Negro) e Mapear mediante XX estudos os fatores de risco e a incidência das DIC e DCV na população negra”.** Conselheira **Marisa Furia Silva** ressaltou que é preciso esclarecer a população sobre os malefícios, em especial para as crianças, de alimentos com adoçantes artificiais e margarina hidrogenada. A esse respeito, o representante da SPO/MS destacou que se trata de uma recomendação ao Ministério da Saúde. A mesma lógica aplica-se à sugestão “Elaboração de um código de ética que oriente a relação público/privada no SUS, como forma de garantir a alimentação saudável, sem constrangimentos. (Mc Donalds) **Na sequência, foi aprovada a proposta da Conselheira Rosângela da Silva Santos de associar a meta “Quantificar e analisar todos os eventos que incidem sobre as doenças não transmissíveis e agravos tais como Diabetes, Hipertensão, renal crônica, hepatopatias entre outras” à meta do PPA “Implementar e monitorar o Plano Nacional para o Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis até 2015.”. Também foi acordado que a Conselheira Maria do Socorro de Souza apresentaria sugestão de texto para as suas sugestões: contemplar nas metas orientação para mapear os riscos e agravos nas cadeias produtivas agropecuárias e associar à rede de atenção básica referenciada; e CERESTs para atendimento, sobretudo nos locais com maior concentração de demanda agropecuária.** Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** defendeu a reformulação dos CERESTs porque, da forma como estão estruturados, não atendem aos anseios dos trabalhadores. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** defendeu que, além de hanseníase e doença de Chagas, o PPA apresente metas e iniciativas relativas ao combate de doenças perpetuadoras da pobreza como a esquistossomose. O Presidente do CNS explicou que essa questão fora contemplada no PPA e seria verificado onde. Conselheira **Maria Cristina Biz** sugeriu uma meta relativa ao envelhecimento ativo, além das academias de saúde. **A proposta foi acatada. Objetivo 3:** Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha. **Iniciativa 1:** Ampliação e qualificação do acesso a uma alimentação saudável. *Sugestão do CNS:* Promover ações de vigilância alimentar e nutricional e todas as gestantes. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na Iniciativa 1. **Iniciativa 5:** Promoção e Garantia da Atenção à Saúde Integral de Crianças e Adolescentes. *Sugestões do CNS:* Ações de Promoção e Garantia da Atenção à Saúde Integral de Crianças e Adolescentes e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes mais vulneráveis Adolescentes e crianças e adolescentes com deficiências; e Ampliação da assistência integral à saúde da criança visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde física e funcional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contempladas na Iniciativa 5. **Iniciativa 6:** Promoção e Garantia da Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. *Sugestão do CNS:* Ampliação da assistência integral à gestante e à mulher em todas as fases da vida, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde física e funcional em urologia, ginecologia e obstetrícia. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na Iniciativa 6. *Sugestão do CNS:* Diminuir a diferença da mortalidade materna entre as mulheres negras e brancas, diminuir a diferença racial no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico e o acesso a métodos contraceptivos. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada nas Iniciativas 6 e 9. *Novas sugestões de iniciativas.* *Sugestão do CNS:* Aumento no diagnóstico precoce de doenças e disfunções na infância como a anemia falciforme e outras. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Implantação da política nacional de saúde auditiva infantil. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* *Sugestão do CNS:* Garantir que todas as mulheres que receberem o diagnóstico de câncer de mama e de colo de útero

iniciem o tratamento no prazo máximo de 30 dias. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. **Meta**: Implantar 50 serviços de diagnóstico mamário. *Sugestão do CNS*: Implantar 50 novos serviços de diagnóstico mamário. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. **Meta**: Implantar 20 serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero. *Sugestão do CNS*: Implantar 20 novos serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. **Meta**: Realizar 15,2 milhões de mamografias bilaterais. *Sugestão do CNS*: Realizar 15,2 milhões de mamografias bilaterais observados os critérios de rastreamento definidos pela Lei 11.664/08. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. *Sugestão do CNS*: Contemplada no PPA. *Outras sugestões de metas*. *Sugestão do CNS*: Ofertar vacina para HPV a crianças a partir de 10 anos de idade. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. *Sugestão do CNS*: Formulação e Implementação do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia e das demais etapas envolvidas no diagnóstico do câncer de mama. *Propostas/observações da SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS*: Aumento dos exames de pezinho, da mancha e do afoçamento e outros de diagnóstico precoce. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à especificidade. *Sugestão do CNS*: Desenvolvimento de material técnico, instrucional e educativo sobre direitos sexuais e reprodutivos para pessoas com deficiência. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à especificidade; pode compor recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS*: Cobertura vacinal contra Hepatite B em 100% entre gestantes. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Oferecer triagem sorológica para Hepatite B a todas as gestantes que realizam pré-natal na rede básica do SUS. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à especificidade. *Sugestão do CNS*: Realizar medidas profiláticas em todos os recém-nascidos de mães diagnosticadas com Hepatite B. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à especificidade. *Sugestão do CNS*: xx serviços credenciados de triagem auditiva neonatal. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Criação e efetivação de xx serviços de saúde funcional da mulher e da criança nas 27 unidades da federação com profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. **Manifestações**. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu o acréscimo “com ou sem deficiência” à iniciativa 5 após “crianças e adolescentes”. **A proposta foi aprovada**. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** defendeu a inclusão de diretriz visando superar as inequidades com foco nos municípios com menos de 50 mil/hab. Também defendeu que sejam contempladas metas relativas às mulheres jovens e adolescentes. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, na lógica de contemplar a proposta da Conselheira Maria do Socorro, sugeriu incluir no objetivo “com especial atenção às áreas com maior vulnerabilidade”. **A proposta foi aprovada. Também foi acordado que será feita consulta à área técnica para verificar onde incluir a questão das mulheres jovens e adolescentes**. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou em que lógica será feita consulta à área técnica sobre a proposta “Garantir que todas as mulheres que receberem o diagnóstico de câncer de mama e de colo de útero iniciem o tratamento no prazo máximo de 30 dias”, com destaque ao prazo definido. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que, conforme colocado anteriormente pelo Ministro da Saúde, será feita consulta à área técnica para verificar onde contemplar a sugestão. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** salientou que as iniciativas relativas à saúde da mulher devem contemplar a integralidade da assistência e não apenas a questão da maternidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou à conselheira Maria de Lourdes que apresente uma proposta. **Conselheiro Clóvis Bouffleur apresentou a seguinte sugestão à iniciativa 5 do PPA: “incorporar a estratégia de ação integral a doenças prevalentes na infância”. Proposta aprovada**. Conselheira **Júlia Maria Roland** ressaltou que o PPA possui metas gerais acerca da saúde da mulher e ilustrou com a seguinte: “Novas instalações do complexo assistencial de Saúde da Mulher e da Criança e de Infectologia entregues e em operação”. **Conselheira Maria do Socorro de Souza propôs explicitar nas iniciativas a questão da violência doméstica e sexual e incluir meta específica para essa questão. Proposta acatada**. Sobre as metas, conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou o parâmetro utilizado para definir as metas de implantar “50 novos serviços de diagnóstico mamário e 20 novos serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero”, por entender que os números são insuficientes diante da demanda. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que, na definição da meta, considerou-se estudo do INCA, com ampliação dos números indicados. **O Plenário decidiu manter as metas “implantar 50 novos serviços de diagnóstico mamário e implantar 20 novos serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero”**. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu fazer referência a outras vacinas para as crianças não contempladas no SUS. Conselheiro **Alexandre**

**Rocha Padilha**, Presidente do CNS, esclareceu que o Programa Nacional de Imunização possui meta permanente de incorporação de novas vacinas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a meta “Garantir que todas as mulheres que receberem o diagnóstico de câncer de mama e de colo de útero iniciem o tratamento no prazo máximo de 30 dias” para perguntar se esse prazo será mantido após a consulta à área técnica. Conselheira **Lígia Bahia** salientou que são necessárias também respostas mais rápidas a agravos urgentes como outros tipos de câncer. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que será feita consulta à área técnica, mas adiantou que é difícil estabelecer prazo no PPA para início de tratamento. **Conselheira Rosângela da Silva Santos sugeriu incluir a palavra “acessível” após “(...) material técnico, instrucional e educativo”.** **Proposta aprovada. Objetivo 4:** Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção. **Iniciativa 1:** Ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgência e emergência. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento do papel da urgência como integrante da continuidade do cuidado no território, enquanto regulador da classificação de risco, principalmente, nos casos crônicos agudizados, fixando estes casos no território. *Proposta/observação da SPO:* Contemplada na Iniciativa 1. Explicitar na diretriz do PNS. *Sugestão do CNS:* Regulação da atenção terciária garantindo a continuidade do cuidado (transferência do cuidado) no território sanitário. *Proposta/observação da SPO:* Contemplada na Iniciativa 1. Explicitar na diretriz do PNS. **Iniciativa 6:** Ampliação da capacidade resolutiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas situações de urgência e emergência. *Sugestão do CNS:* Ampliação da capacidade resolutiva das UBS nas situações de urgência e emergência e regular referenciamento de pacientes. *Proposta/observação da SPO:* Contemplado na Iniciativa 6. **Meta:** Implantar 2.163 leitos hospitalares (leitos de UTI, UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação) dentro das Redes de Urgência e Emergência até 2015. *Sugestão do CNS:* Implantar 2.163 leitos hospitalares (leitos de UTI, UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação, leitos específicos para a recuperação da saúde físico-funcional implantados) dentro das Redes de Urgência e Emergência até 2015. *Proposta/observação da SPO:* Já contemplada na meta do PPA. *Sugestões de novas metas.* *Sugestão do CNS:* Criar subsídios ou mecanismos de remuneração adequados para os procedimentos de urgência e emergência em regime de internação. *Proposta/observação da SPO:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Oferecer na atenção básica acompanhamento aos pacientes falcêmicos. *Proposta/observação da SPO:* Não constitui meta. Já contemplada na iniciativa 11 do Objetivo 1. **Não houve destaques às metas e iniciativas do objetivo 4. Objetivo 5:** Promover a atenção integral à saúde da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e a prevenção e controle em todos os níveis de atenção. **Iniciativa 2:** Implementação e qualificação de um modelo de atenção integral ao processo de envelhecimento, com foco na saúde da pessoa idosa, favorecendo a ampliação do grau de autonomia e independência. *Sugestões do CNS:* Fortalecimento das iniciativas em saúde dos idosos de prevenção, aprimoramento, monitoramento e vigilância do modelo de atenção integral de acidentados e doenças que resultem em deficiências; Promover a conscientização da população brasileira para o envelhecimento ativo e saudável; e Ampliação da assistência integral à saúde funcional da pessoa idosa. *Proposta/observação da SPO:* Incluídas na Iniciativa 2. **Iniciativa 8:** Implantação de um modelo de atenção integral à pessoa com condições crônicas favorecendo a ampliação do grau de autonomia e promovendo independência para o auto cuidado e o uso racional de medicamentos. *Sugestão do CNS:* Implantação de um modelo de atenção integral à pessoa com condições crônicas que favoreça a ampliação do grau de autonomia e promova independência para o auto cuidado (Retirar “e o uso racional de medicamentos”). *Proposta/observação da SPO:* Contemplado na iniciativa do PPA. *Sugestão do CNS:* Implantação de um modelo de humanização no atendimento realizado pelos peritos do INSS e dos departamentos médicos vinculados ao Poder Público. *Proposta/observação da SPO:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Ampliação da atenção biopsicosocial para pessoa idosa em situação de violência. *Proposta/observação da SPO:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Articular, Fomentar e Estimular a inclusão de ações de enfrentamento as Hepatites Virais nos Planos Estaduais de Saúde nas 27 UF. *Proposta/observação da SPO:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento e ampliação da rede pública de prevenção e recuperação das doenças: crônico-degenerativas, com ou sem algum tipo de deficiência. *Proposta/observação da SPO:* Contemplada na iniciativa 16 do Objetivo 1. **Meta:** Distribuir 8.000.000 de cadernetas do idoso até 2015. *Sugestão do CNS:* Elaboração de XX material informativo e acessível sobre as doenças e agravos dos idosos. *Proposta/observação da SPO:* Programação específica da área técnica. *Sugestão do CNS:* Caderneta do idoso distribuída (para toda população idosa existente). *Proposta/observação da SPO:* Contemplado na meta do PPA. **Meta:** Realizar inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas - Vigitel - anualmente. *Sugestão do CNS:* Realizar VIGITEL anualmente (e publicar os dados). *Proposta/observação da SPO:* Contemplado na meta do PPA. *Sugestão do CNS:* Estabelecer

em cada UF atendimento integral aos portadores de Hepatites Virais na rede de serviços, nos diferentes níveis de complexidade. *Proposta/observação da SPO*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS*: Ampliar em XX% a oferta de triagem sorológica para Hepatite B e C em todos os serviços de Atenção Básica das 27 UF. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Ampliar a oferta em XX% de sorologia para Hepatite D nas regiões endêmicas. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Ampliar a cobertura vacinal contra Hepatite B em 95% da população na faixa etária de 15 a 29 anos; pessoas privadas de liberdade; população indígena acessada, trabalhadores de saúde da rede pública e privada. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Capacitação de 100 mil cuidadores familiares da pessoa idosa. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Criação e Efetivação de XX Serviços de Saúde Funcional do Idoso nas 27 Unidades da Federação com profissionais Assistentes Sociais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: 100% da rede hospitalar com profissionais com formação em gerontologia e geriatria. *Proposta/observação da SPO*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS*: Criação da Unidade Básica de Saúde Amiga do Idoso em parceria com a Atenção Básica. *Proposta/observação da SPO*: Consultar a área técnica. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir uma iniciativa relativa à promoção e cuidados da atenção do ponto de vista familiar e comunitário. **A esse respeito, acordou-se por contemplar na iniciativa 2 o seguinte adendo “promoção e cuidados da atenção do ponto de vista familiar e comunitário”. Aprovado também o adendo “para o autocuidado”, sugerido pela Conselheira Rosângela Silva dos Santos, à iniciativa 2, no final do período.** Conselheira **Maria Cristina Biz** solicitou a substituição de “familiares” por “formais e informais” na meta “Capacitação de 100 mil cuidadores familiares da pessoa idosa”. Além disso, sugeriu submeter à consulta da área técnica a sugestão de iniciativa “Ampliação da assistência integral a saúde funcional da pessoa idosa.” **Proposta acatada. Objetivo 6:** Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas. **Iniciativa 4:** Promoção da inclusão social dos usuários de saúde mental, crack, álcool e outras drogas, por meio da cultura, redes sociais e fomento às ações intersetoriais. *Sugestão do CNS*: Avaliar a situação dos usuários da saúde mental, que estão na fila de transplantes, em transversalidade com a Política de Saúde Mental e da Política Nacional para a Inclusão da Pessoa com Deficiência. *Proposta/observação da SPO*: Contemplado na Iniciativa 4; pode figurar como recomendação à área técnica. **Meta:** Implantar e implementar 2.400 leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais, passando de 3.371 em 2011 para 5.771 até 2015. *Sugestão do CNS*: XX leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais para crianças, adolescentes, jovens e adultos e idosos implantados e mantidos. *Proposta/observação da SPO*: Contemplado na meta do PPA. *Sugestões de novas metas:* Financiar XX serviços residenciais terapêuticos com equipes multiprofissionais; e Apoiar projetos de formação e educação permanente (PET Saúde Mental, Residências Médicas e Multiprofissionais e Profissionais, Unasus, Telessaúde, EAD) (meta transferida para o OE de qualificação de profissionais). *Proposta/observação da SPO*: Incorporar as sugestões à diretriz do PNS. *Sugestão de nova meta.* **Manifestações.** Conselheiro **Ubiratan Cassano Santos** sugeriu a inclusão de nova iniciativa nos seguintes termos: “promover esclarecimento sobre os malefícios do uso de drogas, principalmente do crack”. **Acordou-se que será contemplada na iniciativa 2.** Conselheiro **Olympio Távora Correa** propôs o seguinte adendo à iniciativa 2: “criação de campanhas e programas de orientação e prevenção e” após “Publicidade de utilidade pública para”. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu incorporar em “Financiar XX serviços residenciais terapêuticos com equipes multiprofissionais” o seguinte adendo “...(serviços) específicos para egressos de hospitais psiquiátricos”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, ponderou que não seria possível contemplar a sugestão visto que não há consenso sobre a utilização de recurso da saúde para custear aluguel social. **A esse respeito, acordou-se que o debate será submetido à área técnica.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu contemplar no PPA a preocupação sobre “rotulagens” que definem ensino e aprendizado, visto que estas se iniciam na saúde com o diagnóstico. **A esse respeito, acordou-se que será incluído nas diretrizes do Plano para servir de orientação.** **Objetivo 7:** Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais. Não houve alterações/sugestões do CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir uma meta ou iniciativa relativa à prevenção do alcoolismo nas comunidades indígenas. **Proposta acatada. Conselheiro Clóvis Boufleur apresentará sugestão de redação. Objetivo 8:** Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde. **Iniciativa 4:** Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Lato Sensu em áreas estratégicas para o SUS. *Sugestão do CNS*: Inclusão dos conteúdos relativos ao racismo como



determinante das condições de saúde e à saúde da população negra nos currículos e em todos os cursos de formação da área de saúde e correlatas e ações de educação permanente para gestores e trabalhadores da saúde. *Propostas/observações da SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Pode figurar como recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS*: Inclusão dos temas de Combate à discriminação de gênero, raça e orientação sexual, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde no exercício do controle social. *Propostas/observações da SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Pode figurar como recomendação à área técnica. **Iniciativa 6**: Fomento à criação e fortalecimento das estruturas institucionais da gestão do trabalho e da educação na saúde. *Sugestão do CNS*: Formação da força de trabalho qualificada para o atendimento das necessidades do SUS, a partir da adequação curricular e de todas as práticas de saúde por meio das Instituições de Ensino, incluindo os Hospitais Universitários e de Ensino que garanta a integralidade e a humanização. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada na iniciativa 6. *Sugestão do CNS*: Redefinição da Inserção dos profissionais de saúde considerando tendo como base as linhas do cuidado e a rede regionalizada. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada na iniciativa 6. **Meta**: Disponibilizar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com 650 mil bolsas (54 mil bolsistas em 4 anos). *Sugestão do CNS*: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) disponibilizado com XX mil bolsas (54 mil bolsistas/ano), garantindo a multiprofissionalidade. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS*: Apoiar projetos de formação e educação permanente (PET Saúde Mental, Residências Médicas e Multiprofissionais e Profissionais, Unasus, Telessaúde, EAD) (meta transferida do OE de saúde mental). *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada na meta do PPA. **Meta**: Formar 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas – manutenção de equipamento, órtese e prótese, registro de informação em saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e técnicos em laboratório odontológico) até 2015. *Sugestões do CNS*: Formação de XX técnicos de nível médio para hemodiálise. (FARBRA); e Qualificar XX profissionais na área de saúde, para o atendimento as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida). *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contempladas na meta do PPA. **Meta**: Qualificar 370 mil técnicos de nível médio (agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde) até 2015. *Sugestão do CNS*: Capacitação e educação permanente de XX equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada na meta do PPA. *Sugestão do CNS*: Capacitar XX gestores e trabalhadores da saúde em 30% dos estados e em todas as capitais em conteúdos relativos ao racismo como determinante das condições de saúde e à saúde da população negra, especialmente no combate ao racismo institucional. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada nessa meta do PPA e na meta de qualificação do ProgeSUS. *Sugestão do CNS*: Formar XX mil trabalhadores em áreas estratégicas do SUS por meio da UNASUS. *Propostas/observações da SPO/MS*: Meta excluída pela área técnica. **Manifestações**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu destacar na iniciativa 6 do PPA o envolvimento dos hospitais universitários e das instituições de ensino no processo de formação. **Aprovada a inclusão do seguinte adendo à iniciativa 6: “envolvendo as instituições de ensino e os hospitais universitários”**. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu contemplar nas iniciativas a garantia da interiorização dos profissionais de saúde. **Nesse caso, acordou-se que será elaborada iniciativa relacionada ao processo de interiorização dos profissionais de saúde. Sobre as metas, aprovada a proposta do Conselheiro Olympio Távora de incluir na meta “Formar 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas – manutenção de equipamento, órtese e prótese, registro de informação em saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e técnicos em laboratório odontológico) até 2015” a expressão “entre outros”, possibilitando a incorporação de técnicos de outras áreas além das listadas**. Conselheiro **de Arruda Martins** destacou a meta do PPA “Disponibilizar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com 650 mil bolsas (54 mil bolsistas em 4 anos)” para esclarecer que são 54 mil bolsistas em 4 anos e não por ano. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, destacou que os números precisam de verificação e também será necessário verificar o montante de técnicos de nível médio a serem formados, pois o número é superior ao explicitado na meta (“Formar 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas – manutenção de equipamento, órtese e prótese, registro de informação em saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e técnicos em laboratório odontológico) até 2015). **Aprovada a proposta do conselheiro Ronald Ferreira dos Santos de inclusão de uma meta relativa à UNASUS no PPA e da conselheira Maria de Lourdes de incluir nas diretrizes do PPA o combate à discriminação de**

**gênero, raça e orientação sexual.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou o preconceito e a discriminação nas unidades de saúde do interior do país em relação às mulheres que praticam aborto e salientou que é preciso fazer algo para mudar essa situação. **Ainda nas metas, aprovado adendo à meta 5, conforme sugestão dos conselheiros Ubiratan Cassano e Pedro Tourinho, nos seguintes termos: “com especial atenção à residência em saúde da família.”** **Objetivo 9:** Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. **Iniciativa 1:** Ampliação da participação social para o fortalecimento do SUS. *Sugestão do CNS:* Ampliação e fortalecimento da participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS, conforme a Lei 12.288, Artigo 7º, I. *Propostas/observações da SPO/MS:* Já contemplada na iniciativa 1. **Iniciativa 6:** Universalização do Cartão Nacional de Saúde na perspectiva da qualificação da gestão interfederativa. *Sugestão do CNS:* Implantar o ressarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira utilizando o Cartão SUS. (Transferida do OE de cooperação internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Outras sugestões de iniciativas.* *Sugestão do CNS:* Implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (transferida para o OE de Assistência Farmacêutica). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de Assistência Farmacêutica). *Sugestão do CNS:* Formalização e Estruturação da Política Nacional de Vigilância Sanitária que fortaleça os princípios do SUS (transferida para o OE de redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de riscos e agravos. *Sugestão do CNS:* Avaliação e diagnóstico atual de toda a operacionalização dos transplantes pelas secretarias de saúde. (transferida para o OE de acesso). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de acesso. *Sugestão do CNS:* Definição e pactuação de indicadores e metas diferenciadas para o monitoramento sistemático e avaliação das iniquidades em saúde e promoção da saúde da população negra. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Cumprimento da Legislação Federal sobre o financiamento das ações e serviços de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Pactuar com outros Ministérios, no formato de parceria, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Atualização de normas assistenciais que visem minimizar os custos de produção sem afetar a qualidade. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Meta:** Realizar até 2015, 6 encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS. *Sugestão do CNS:* Realizar XX encontros nacionais, envolvendo lideranças do campo e da floresta, LGBT, população em situação de rua, ciganos e gestores do SUS e de insegurança alimentar e nutricional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na meta do PPA. *Outras sugestões de metas.* *Sugestão do CNS:* Realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – CNPMAF. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realização da 2ª Conferência Nacional de VISA. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar a I Conferência Nacional de Saúde de todos os segmentos de patologias. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar XX encontros nacionais, envolvendo lideranças dos portadores de doenças crônicas com ou sem deficiências e gestores do SUS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar XX oficinas e XX seminários, com a participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças de associações de pacientes renais para monitorar a implementação da política nacional de Atenção às pessoas com doenças não transmissíveis e agravos (Doença Renal e Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Aumentar em 50% o número de estados e municípios com instâncias institucionalizadas de promoção da equidade racial em saúde, instaladas e em funcionamento. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Aumentar em 70% o número de conselhos de saúde com comissão intersetorial de saúde da população negra, instituídas e em funcionamento. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar a I Conferência Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar 8 Seminários abordando as diversas deficiências e o autismo. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta de programação da área. Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Atualização dos valores das transferências federais a Estados e Municípios, bem como da remuneração aos prestadores, fundamentado em demonstrativo econômico - financeiro que

garanta a efetiva qualidade da execução dos serviços contratados. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. Atualização do valor per capita do PAB fixo no mínimo anualmente com base na variação do índice oficial de correção de preços adotado pelo governo federal.

*Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. **Manifestações.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que as sugestões do CNS já contempladas pela SPO serão consideradas recomendações para o Ministério da Saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a sugestão de incluir a iniciativa “Cumprimento da Legislação Federal sobre o financiamento das ações e serviços de saúde” visando assegurar o cumprimento das leis. **A esse respeito, acordou-se por listar as leis nos considerandos do PPA.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** ressaltou que é preciso caracterizar o “novo modelo de gestão” a ser implementado. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou sobre a implementação das metas relativas à realização de encontros visto que a observação da SPO é consultar a área técnica. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, esclareceu que será feita consulta à área técnica para verificar se as metas de realização de encontros devem ser contempladas no PPA ou em outro instrumento como a Programação. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu contemplar no PPA a contratualização entre serviços e instituições e a profissionalização da gestão. **A proposta foi acatada.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** chamou a atenção para as sugestões de eventos e salientou a importância de retomar o debate da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu não citar a realização de eventos no PPA. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou que é preciso assegurar momentos de debate entre segmentos e gestores sobre questões específicas como, por exemplo, a política de saúde da população do campo e da floresta. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que o PPA contempla pactuação e ampliação do acesso. Em relação às metas, Conselheira **Maria do Socorro de Souza** perguntou o motivo de não ter sido contemplada, de imediato, a proposta de atualização do valor per capita do PAB fixo, haja vista a defasagem de valores. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que foi pactuada na Tripartite a correção do PAB Fixo com indicador para ampliação da equidade, entre outros aspectos. Assim, a intenção é consultar a área técnica sobre os indicadores a serem considerados. Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou a sugestão de meta “Aumentar em 50% o número de estados e municípios com instâncias institucionalizadas de promoção da equidade racial em saúde, instaladas e em funcionamento.” para ressaltar a necessidade de rever esse índice, visto que 21 estados já possuem essas instâncias e propor a substituição de “municípios” por “capitais”. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** retificou “segurança alimentar” no lugar de “insegurança alimentar”. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a realização de 5 oficinas regionais, envolvendo lideranças dos movimentos e gestores do SUS. **A proposta será analisada pela área técnica.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs a inclusão de nova meta nos seguintes termos “fortalecer a participação e o controle social com ações de educação permanente para a população e para os conselhos e organizar financiamento do controle social com coparticipação das três esferas de governo”. **A proposta de inclusão de nova meta (“fortalecer a participação e o controle social com ações de educação permanente para a população e para os conselhos e organizar financiamento do controle social com coparticipação das três esferas de governo.”) será apreciada pela área técnica a fim de identificar onde contemplá-la.** **Objetivo 10:** Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. **Iniciativa 2:** Ampliação e fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria com adequação dos sistemas de informação. *Sugestão do CNS:* Ampliação, fortalecimento e integração do Sistema Nacional de Ouvidoria entre os entes federados com adequação dos sistemas de informação. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Incorporação do quesito raça-cor nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Recomendação ao MS. *Sugestão de meta do CNS:* Criar um programa de monitoramento das demandas recebidas pelo Sistema Integrado das Ouvidorias de Serviços de Saúde, de modo a consolidá-las e transformá-las em indicadores quantitativos e qualitativos disponíveis ao público em geral. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA; pode figurar como uma recomendação à área técnica. Nas iniciativas, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** ponderou sobre a inclusão de “etnia” além do quesito raça-cor. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que a proposta de incorporar o quesito raça-cor nas ações norteia-se pelo fato de populações diferentes terem resultados diferentes de saúde. **Não houve destaques às metas.** Nesse ponto, o Plenário decidiu interromper para o lanche. Antes, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou o lançamento da campanha nacional “1ª dose imediata de antibiótico na unidade de saúde” da Pastoral da Criança com apoio do Ministério da Saúde e solicitou a divulgação, pelas entidades, visto que evitará mortes infantis e internações. Retomando, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** assumiu a coordenação dos trabalhos e deu andamento à reunião. **Objetivo 11:** Garantir a assistência

farmacêutica no âmbito do SUS. **Iniciativa 3:** Fortalecimento do Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica. *Sugestão do CNS:* Estruturação da rede de Assistência Farmacêutica como parte integrante das redes de atenção a saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada nas iniciativas 3 e 6. *Sugestão do CNS:* Inserção dos serviços farmacêuticos nos diferentes níveis de atenção a saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. **Iniciativa 7:** Promoção do acesso seguro e uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos. *Sugestão do CNS:* Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, baseados nos conhecimentos tradicionais afro-brasileiros e indígenas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Promoção do uso racional dos medicamentos. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na iniciativa do PPA. *Sugestões de iniciativas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Exigir o cumprimento de todas as normas sanitárias inclusive as Boas Práticas Farmacêuticas em todas as fases da Assistência Farmacêutica pública e privada da pesquisa à dispensação e uso. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não cabe como iniciativa do PPA; é uma determinação legal. *Sugestão do CNS:* Ampliar o acesso aos medicamentos para pacientes atendidos na farmácia básica a partir da inclusão do aceite de prescrição dos enfermeiros dentro dos programas do MS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Atualizar o número de doenças abrangidas segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Ampliar a triagem sorológica e os testes rápidos para Hepatite B e C em todos os Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (transferida do OE de Relação federativa). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de abrangência não compatível com a metodologia do PPA. *Metas.* *Sugestão do CNS:* Incorporação do Farmacêutico na ESF. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Garantir que a análise dos pedidos de incorporação de tecnologias em saúde seja concluída no prazo máximo de 180 dias, priorizando-se os pedidos relacionados a doenças crônicas e letais. (MLCC). *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Por meio da criação de um incentivo financeiro federal, garantir Farmacêuticos em tempo integral, em todas as farmácias municipais (CFF). *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Ter XX% de cumprimento das normas sanitárias na rede de Assistência Farmacêutica. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não é meta do PPA, mas uma prerrogativa legal. **Manifestações.** Nas iniciativas, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a inclusão da sugestão “Estruturação da rede de Assistência Farmacêutica como parte integrante das redes de atenção a saúde”, visto que a rede é uma estratégia da gestão e também da atenção. **A esse respeito, acordou-se por consultar a área técnica.** Conselheira **Jurema Werneck** explicou que a sugestão de iniciativa “Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, baseados nos conhecimentos tradicionais afro-brasileiros e indígenas” visa assegurar que esses conhecimentos tradicionais sejam considerados na definição da ação e da política. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a proposta, pelo grau de especificidade, não cabe no PPA, mas pode ser trabalhada com o DAF. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ponderou sobre a possibilidade de contemplar nesse objetivo a ampliação das listas de medicamentos. **A esse respeito, decidiu-se que será tratado com a área técnica.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** justificou e defendeu a proposta de nova iniciativa (“Exigir o cumprimento de todas as normas sanitárias inclusive as Boas Práticas Farmacêuticas em todas as fases da Assistência Farmacêutica pública e privada da pesquisa à dispensação e uso.”). O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, sugeriu aplicar o entendimento já adotado de que não cabe no PPA exigir o cumprimento de leis e levar para debate na área técnica. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** interveio para destacar a ausência de farmacêuticos nos pólos de dispensação das Secretarias de Saúde para orientar a população sobre o uso do medicamento. Nesse sentido, defendeu a nova iniciativa (“Exigir o cumprimento de todas as normas sanitárias inclusive as Boas Práticas Farmacêuticas em todas as fases da Assistência Farmacêutica pública e privada da pesquisa à dispensação e uso.”) e sugeriu incluí-la na iniciativa 3 junto com a proposta “Atualizar o número de doenças abrangidas segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu acatar a proposta/observação da SPO e tentar contemplar a sugestão em outro instrumento. **A respeito da proposta “Exigir o cumprimento de todas as normas sanitárias inclusive as Boas Práticas Farmacêuticas em todas as fases da Assistência Farmacêutica pública e privada da pesquisa à dispensação e uso”, acordou-se que será submetida à análise da área técnica.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** defendeu a incorporação de nova iniciativa relativa à implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a exemplo do que foi feito em relação a outras políticas. **Aprovada a proposta de inclusão de nova iniciativa “Implementação da Política**

**Nacional de Assistência Farmacêutica**". Conselheiro **Juares Pires Sousa** destacou a iniciativa do PPA "Fornecimento de medicamentos hemoderivados para o SUS pela Hemobrás" para defender a garantia imediata de fornecimento de medicamentos, sem necessidade de aguardar a conclusão da Hemobrás. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o Ministério da Saúde já garante o fornecimento de medicamentos hemoderivados e a meta é garantir que esse fornecimento, até 2015, seja feito pela Hemobrás. Conselheiro **Juares Pires Sousa** perguntou se há financiamento específico para construção da Hemobrás. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, explicou que a meta 8 ("Construção do complexo industrial de produção de hemoderivados") garante o orçamento para construção da Hemobrás (meta será extinta em 2014 quando a fábrica for concluída). Lembrou ainda que projetos de grande vulto são destacados (iniciativa em separado) visto que geram ação orçamentária específica. Na iniciativa 4 "Produção de medicamentos a em Farmanguinhos/Fiocruz", conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou o motivo da citação de apenas Farmanguinhos, não contemplando outros centros de produção. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, informou que, na atualização do Plano, foi excluído o trecho "em Farmanguinhos/Fiocruz" para tornar a meta mais ampla. Conselheiro **Ronald Ferreira do Santos** insistiu na importância de garantir a meta de incorporação do farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família, considerando a importância desse profissional na estruturação da assistência farmacêutica. **Acordou-se que a proposta será remetida à área técnica.** **Objetivo 12:** Fortalecer o complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde. **Iniciativa 12:** Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em saúde para o SUS. *Sugestão do CNS:* Apoio a iniciativas voltadas para a formação de rede de pesquisa, ensino e extensão sobre doenças e agravos a saúde (agudas, crônico-degenerativas, deficiências). *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa de pesquisa. *Sugestão do CNS:* Inclusão e fomento do tema Saúde da População Negra na agenda de prioridades em pesquisa e estudos clínicos sobre as doenças prevalentes na população negra. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Já contemplado na iniciativa de pesquisa. **Meta:** Ampliar de 60 para 100 o número de projetos de pesquisa em doenças crônico-degenerativas na Fiocruz, com destaque para a oncologia, até 2015. *Sugestão do CNS:* Ampliar de 60 para 100 o número de projetos de pesquisa em doenças crônico-degenerativas na Fiocruz, com destaque para a oncologia e doença renal crônica, até 2015. *Propostas/observações da SPO/MS:* Checar com a Fiocruz a possibilidade de acrescentar esse enfoque. **Meta:** Ampliar o cadastramento dos Comitês de Ética em Pesquisas – CEPs na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, passando de 10% em 2011 para 100% até 2015. *Sugestão do CNS:* Apoiar e manter a interface entre os CEPs e CONEP, no que tange a esclarecimentos e monitoramento do termo de consentimento. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade incompatível com a metodologia do PPA; já há meta relativa aos CEPs. *Outras sugestões de metas.* *Sugestão do CNS:* Realizar XX Estudos e pesquisas sobre doenças e agravos a saúde abrangendo às áreas de epidemiologia, economia em saúde (Farmacoeconomia) e gestão. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Garantir que na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde haja um representante do CNS do segmento dos usuários. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não se configura como meta do PPA; pode ser uma recomendação do CNS ao MS. **Manifestações.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez as seguintes sugestões: incluir nova iniciativa no objetivo 12 com a redação "busca de políticas energéticas alternativas com vistas à proteção do meio ambiente e saúde da população com participação de órgãos do governo federal e estaduais."; e incorporar nova meta nos seguintes termos: "realizar debates e estudos sobre a matéria baseando-se nas experiências internacionais com vistas a formular política nacional." **As novas propostas de iniciativa e de meta serão submetidas à área técnica para verificar em que instrumento serão incorporadas. A respeito da proposta "Inclusão e fomento do tema Saúde da População Negra na agenda de prioridades em pesquisa e estudos clínicos sobre as doenças prevalentes na população negra", acordou-se que será submetida à área técnica visando incorporar na programação orçamentária.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a meta "Disponibilizar dois produtos para diagnóstico em oncologia" para perguntar quais seriam esses produtos e questionou também o motivo do INCA não ter sido contemplado como pesquisador na área de oncologia e hematologia. **Sobre esses dois questionamentos, o representante da SPO comprometeu-se a buscar esclarecimentos com a área técnica responsável.** Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a inclusão da meta "criação de linha de pesquisa em saúde da população negra, LGBT e campo e floresta", inclusive para garantir orçamento. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que essa proposta pode ser contemplada na LOA. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, esclareceu que a iniciativa "Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em saúde para o SUS." resultará em ação orçamentária (uma ou mais), possibilitando várias linhas de pesquisa. Conselheira **Maria Fúria Silva** sugeriu contemplar no PPA a proposta de realizar mapeamento

das pessoas com deficiência, em consonância com a Resolução do CNS nº. 355/05. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que estão sendo pactuadas com a Secretaria de Ciência e Tecnologia linhas de pesquisas sobre deficiências (síndrome de Down e autismo, por exemplo). Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu o seguinte adendo à iniciativa 6 (“Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos”): “como instância do controle social”. **Aprovado adendo à iniciativa 6 e a redação passou a “Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos como instância do controle social”.** **Objetivo 13:** Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar articulando a relação público – privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde. **Iniciativa 4:** Regulação e Fiscalização para a geração de saúde em modelos sustentáveis de planos de saúde. *Sugestão do CNS:* Regulação e Fiscalização para a geração de saúde integral em modelos sustentáveis de planos de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Garantia de regulação e controle para a oferta e prestação de serviços que estão assegurados nas políticas públicas de saúde pelos planos e seguradoras de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Já contemplado na iniciativa 4. *Sugestão do CNS:* Avaliação do atendimento através das APAC/SIA aos dados integrados AIH/SIH e SIM, verificando a qualidade do atendimento dispensado pelas unidades prestadoras de serviços aos pacientes em TRS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Avaliação dos aspectos relacionados aos Transplantes SUS X Saúde Suplementar. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA; pode figurar como recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS:* Ampliar o rol de procedimentos dos serviços multiprofissionais de saúde prestados à população visando à saúde integral. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestões de metas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Melhorar a qualidade de informações produzindo indicadores epidemiológicos a partir das ações da saúde suplementar. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta muito ampla, já contemplada pela Iniciativa 2 do OE (“Garantia de acesso à informação”). *Sugestão do CNS:* Ampliar a fiscalização sobre o cumprimento da legislação sobre cobertura de especialidade na saúde suplementar. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Avaliar anualmente 100% das unidades de TRS, considerando a avaliação dos serviços restados do usuário. (transferida para o OE de acesso). *Propostas/observações da SPO/MS:* Metas transferidas para o OE de acesso. *Sugestão do CNS:* Supervisionar XX unidades prestadoras de serviços privados em TRS (centros de nefrologia) e demais modalidades de Diálise. (transferida para o OE de acesso). *Propostas/observações da SPO/MS:* Metas transferidas para o OE de acesso. **Não houve destaques às metas e às iniciativas do objetivo 13.** **Objetivo 14:** Representar e defender internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como partilhar as experiências e saberes do SUS com outros países. **Iniciativa 2:** Fortalecimento da cooperação internacional brasileira, compartilhando e divulgando as experiências do Sistema Único de Saúde, e apoiando o seu desenvolvimento. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento da atuação do Ministério da Saúde nas ações de intercâmbio internacional para a redução das disparidades raciais em saúde e para enfrentamento ao racismo institucional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Outras sugestões de iniciativas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Implantar e implementar a nova PNAN -10anos. *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de acesso. *Sugestão do CNS:* Implantar o ressarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira, utilizando o Cartão SUS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de relação federativa. *Sugestões de metas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Executar o Plano de Ação do Termo de Cooperação Brasil-Estados Unidos (JAPER). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Regulação de publicidade e propaganda de alimentos, em especial, às dirigidas ao público infantil (transferida para o OE de redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de riscos e agravos. *Sugestão do CNS:* Participação da CIAN/CNS no Comitê de Monitoramento do Pacto de redução do teor de Sódio nos alimentos processados, conforme termo assinado em 07/04/11. (transferida para o OE de redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de riscos e agravos. *Sugestão do CNS:* Elaboração de um código de ética que oriente a relação público/privada no SUS, como forma de garantir a alimentação saudável, sem constrangimentos. (Mc Donalds) (transferida para o OE de redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de riscos e agravos. **Manifestações.** Conselheira **Jurema Werneck** explicou que nas iniciativas do PPA não há referência à parceria firmada entre Brasil e Estados Unidos. **Acordou-se que essa questão será submetida à área técnica.** Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu o adendo “outras regiões internacionais” à proposta de meta “Implantar o ressarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira utilizando o Cartão SUS” (após “regiões de fronteira”). **Essa sugestão também será submetida à área técnica.** **Objetivo 15:** Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a



promoção da saúde e redução das desigualdades sociais (Não houve alterações/sugestões do CNS).

**Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir iniciativa voltada à formação para planejamento e acompanhamento da execução das ações de saneamento em comunidades específicas visando evitar desperdício. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** dialogou com o Conselheiro Clóvis sobre a proposta dele, por entender que não se deve incluir no PPA ações de financiamento básico financiadas pela saúde. Conselheira **Jurema Werneck**, na tentativa de contemplar a proposta do conselheiro Clóvis, sugeriu que a saúde definisse parâmetros mínimos para a qualidade do ambiente e da água. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que a intenção é contemplar ação voltada a comunidades onde doenças se perpetuam caso não haja ações de saneamento (trata-se de pequenas obras que não geram cobranças de tarifa). Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, informou que o PAC II prevê linha para contratação de projetos de apoio ao desenvolvimento de sistemas de água, além da formação de gestores e de agentes de saneamento – áreas indígenas, quilombolas, rurais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a importância de debater no CNS a Política de Saneamento Rural. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu contemplar na iniciativa 1 a fluoretação da água de abastecimento, haja vista os benefícios desse processo. **Aprovada a proposta. Também foi acordado que a proposta do Conselheiro Clóvis Boufleur (remeter à área técnica nova iniciativa voltada à formação para planejamento e acompanhamento da execução das ações de saneamento em comunidades específicas (indígenas, quilombolas, rurais)) será contemplada. Além disso, será encaminhada à Mesa Diretora do CNS a demanda de pauta para debater a Política de Saneamento Rural.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que a COFIN não conseguiu sistematizar e encaminhar à SPO proposta de novo objetivo e novas iniciativas. Diante do avanço da hora e do esvaziamento do Pleno, sugeriu debater essas propostas em outro momento. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu a apreciação das propostas naquele momento. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que a proposta da FENACELBRA é incluir novo objetivo no PPA “Promover atenção integral à saúde e nutrição de pessoas com intolerância alimentar permanente.”, com metas e iniciativas. Avaliou que a proposta, pela sua especificidade, contraria a lógica do PPA que trabalha com macroobjetivos de redes de atenção. Sendo assim, sugeriu contemplar o conjunto das iniciativas e metas sugeridas pela FENACELBRA no Objetivo “Garantir acesso de qualidade com equidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção especializada” e no Objetivo “Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.” Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** explicou que as propostas da FENACELBRA não foram sistematizadas e encaminhadas à SPO/MS. Concordeu com a proposta do Ministro da Saúde sobre a incorporação das metas e iniciativas nos objetivos do PPA. **Aprovada a incorporação do conjunto das iniciativas e metas sugeridas pela FENACELBRA no Objetivo “Garantir acesso de qualidade com equidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção especializada” e no Objetivo “Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.”** Sobre as sugestões da ANAPAC, o Pleno acatou a proposta do Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, de remeter à área técnica para incorporação nos objetivos do PPA. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a inclusão de novo objetivo no PPA nos seguintes termos: “elaboração e implantação de uma política de comunicação e informação em saúde”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, propôs contemplar a sugestão da conselheira Maria de Lourdes como iniciativa no Objetivo “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.” Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** insistiu na proposta para garantir a comunicação em saúde como eixo estratégico. **Após ponderações, o Pleno decidiu incluir nova estratégia no PPA “elaboração e implantação de uma política de comunicação e informação em saúde” e, posteriormente, debater a possibilidade de incluir o tema como objetivo do PPA.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** saudou a iniciativa do Ministério da Saúde em debater o PPA no CNS e registrou que, de um lado, o Plano avança como instrumento para gestão e planejamento, mas, de outro, não avança no enfrentamento da inequidade, por exemplo. Também registrou como desafio o acompanhamento da implementação do Plano e a interação com outros setores (previdência, trabalho...). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** saudou o CNS pela contribuição ao processo de elaboração do PPA e destacou a responsabilidade do CNS em monitorar a implementação do Plano. Conselheira **Jurema Werneck** avaliou que o processo de construção coletiva do PNS/PPA 2012/2015 é um avanço e possibilitou derrubar os mitos. O primeiro é que representantes da área técnica de planejamento não conseguem se comunicar com pessoas que não sejam da mesma área e o segundo é que o movimento social e entidade de usuários não têm qualificação para planejar e pensar o horizonte da saúde para além das suas questões específicas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que o CNS provou mais uma vez que é capaz de

exercer o seu papel de participar da formulação das políticas públicas e reconheceu que esse processo de construção coletiva foi possível graças ao trabalho da COFIN e à parceria com a SPO/MS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou os componentes da mesa, em especial o Presidente do CNS que acompanhou todo o debate do PPA. Avaliou que, a partir do parâmetro disponível (PPA), deve-se buscar saídas criativas para que o SUS avance. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** aproveitou a oportunidade para solicitar manifestação do Ministro da Saúde sobre o PL relativo à empresa brasileira de serviços hospitalares, protocolado na Câmara dos Deputados. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** também registrou a sua satisfação por participar desse momento histórico de construção do PPA e ressaltou o anseio de que essa iniciativa repercuta nos estados. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** agradeceu a COFIN pelo trabalho e a equipe da SPO pela contribuição. Também registrou esse momento de conquista da área dos pacientes renais, das patologias e das deficiências de contribuir no PPA visando garantir melhor qualidade de vida dos cidadãos do país. Conselheira **Marisa Furia Silva** também ressaltou esse marco histórico de contribuir com a formulação do PPA e salientou que aponta nova perspectiva principalmente para as pessoas com autismo que sofrem com a falta de atendimento no país. Agradeceu o Ministério da Saúde pela oportunidade e a COFIN pelo trabalho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que esse momento demonstra a vontade política da gestão do Ministério da Saúde em acertar e responder a problemas do SUS. Também ressaltou que é preciso ter ousadia sobre o SUS que se espera daqui há anos, portanto, é preciso discutir com mais profundidade os objetivos da promoção e da vigilância. Pontuou como desafios pensar metodologia para um balanço semestral dos objetivos; fazer repercutir essa ação nos estados e municípios; e conciliar as deliberações da 14ª CNS ao PPA. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** saudou a equipe da SPO e destacou a presença do Presidente do CNS no debate do PPA com o CNS. Desculpou-se, em nome da COFIN, pela não sistematização das propostas da FENACELBRA e registrou que a Comissão enviou à SPO 94 propostas de metas e 65 propostas de iniciativas. Também agradeceu o esforço dos integrantes da COFIN, do assessor da Comissão, da assessoria técnica da Comissão, da Secretaria-Executiva do CNS e dos conselheiros nesse processo. Por fim, salientou que é preciso disponibilizar a Lei Orçamentária 2012 o mais breve possível para o CNS possa contribuir. O representante da SPO, **Airton Galiciano**, aproveitou para agradecer a oportunidade de participar desse processo e, após participar da construção de três PNSs e quatro PPAs, reconheceu a importância da participação do Conselho nessa elaboração. Avaliou que se tem avançado na linha de construir um instrumento que retrate a realidade e agradeceu a equipe da SPO. Disse que em setembro será apresentado o PNS para discussão mais ampliada e aprovação e a Secretaria trabalha na conclusão da Programação Orçamentária do PPA para executá-la a partir de janeiro de 2012. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, ressaltou que o processo de construção do PPA iniciou-se em fevereiro de 2011 e, nesse processo, foram enfrentadas dificuldades para sintetizar a proposta em quinze objetivos estratégicos. Destacou que a construção somente foi possível graças à definição de consensos, à vontade política e à certeza de onde se quer chegar. Também salientou a participação do CNS na construção do Plano, com maturidade e compromisso. Disse que o PPA ganha importância ainda maior com o decreto presidencial, de 29 de julho, que dispõe sobre o contrato de ação pública e cria o instrumento do mapa de saúde. Ressaltou que os mapas de metas de cada região deverão refletir o PPA e, portanto, será necessário fortalecer a estratégia de contratualização entre União, Estados e Municípios em cada uma das regiões de saúde. Acrescentou que o decreto determina ainda que as metas serão estabelecidas por um Plano Nacional de Saúde cujas diretrizes serão definidas pelo CNS. Concordeu que é preciso firmar compromisso de monitoramento do Plano e destacou que o instrumento, em construção pelo Ministério da Saúde, está à disposição para ser utilizado no acompanhamento da execução do Plano e da Programação Anual. Finalizando, disse que o Ministério da Saúde foi o primeiro a utilizar a nova metodologia do PPA 2012-2015 proposta pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e a combinar PPA e PNS. Por fim, registrou a colaboração de todos os órgãos do Ministério da Saúde nesse processo e reiterou o amadurecimento do CNS na construção do PPA. Com essas palavras, encerrou o 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. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omere, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, José Marcos de Oliveira, Junéia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoe, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Guilherme Romano, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Solange Aparecida Caetano, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. Suplentes: Ana Maria R. da Silva, Bruno Metre Fernandes, Eliane Aparecida da Cruz, Eurídice Ferreira de Almeida, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, José Naum de Mesquita Chagas, Juarez Pires de**

**Souza, Júlia Maria Roland, Júlio A. Gevaerd, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamagishi Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Ronald Ferreira dos Santos e Verônica Lourenço da Silva.** A Secretária-Executiva do CNS iniciou o segundo dia de reunião com os itens pendentes. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** apresentou a proposta de resolução do GT Tuberculose reelaborada com as sugestões dos conselheiros feitas no dia anterior. O texto da resolução é o seguinte: “Considerando que o enfrentamento da tuberculose está na agenda de prioridades do Ministério da Saúde e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos no mundo e que, no ano de 2009, foram notificados 72 mil novos casos e morrem aproximadamente 4.8 mil pacientes no país, ao ano; Considerando que a tuberculose é a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte das pessoas vivendo com HIV/AIDS; Considerando ainda que o controle da tuberculose é baseado na busca de casos e na realização do diagnóstico precoce, adequado, com disponibilização de tratamento até a cura para interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos; Considerando ainda que o Brasil segue as determinações da OMS (STOP-TB) comprometendo-se a detectar 70% dos casos bacilíferos estimados e a curar, pelo menos, 85% dos casos em tratamento e que para o alcance desta meta o Ministério da Saúde pactuou o fortalecimento da estratégia do tratamento diretamente observado (TDO) com as demais esferas de gestão como principal instrumento para alcançar as metas internacionais; Considerando ainda que, para o controle da coinfeção TB/HIV, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) trabalha de forma articulada com o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais na elaboração de estratégias conjuntas com o objetivo de ampliar a cobertura do teste rápido anti-HIV e o aconselhamento para todos os portadores de tuberculose, além de ampliar o teste de PPD e o tratamento da infecção latente para todos os portadores de HIV; Considerando que se torna imperativa a necessidade de prevenir e controlar a tuberculose multirresistente (TB MDR) no Brasil; Considerando que as populações mais vulneráveis, entre as quais estão as comunidades empobrecidas, populações em situação de rua, população negra, privadas de liberdade, indígenas e pessoas vivendo com o HIV/AIDS, são as mais atingidas por essa patologia, aponta-se à tuberculose em consonância com a Política Nacional de Direitos Humanos; Considerando que os sistemas de notificação e informação não subsidiam com as informações necessárias para a tomada de decisão em tempo oportuno; e Considerando ainda que as ações e estratégias de fortalecimento do SUS são de fundamental importância para o enfrentamento da tuberculose no país a partir de parâmetros estabelecidos nos Pactos Pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Resolve: **1.** Estabelecer que as atividades finais do Programa sejam executadas pelas unidades regulares de saúde nas três esferas de gestão com ênfase na atenção primária. **2.** Que o Ministério da Saúde implemente medidas para o aperfeiçoamento do sistema de informação em saúde. **3.** Garantir a qualidade laboratorial, visando à realização e ampliação da baciloscopia e do teste de cultura do Bacilo de Koch (BK). **4.** Implantar o teste rápido para a tuberculose em todo o país. **5.** Viabilizar a produção nacional dos medicamentos em dose fixa combinada (“4 em 1”). **6.** Intensificar as ações de controle da infecção e aprofundar o controle da TB MDR no âmbito nacional. **7.** Ampliar as ações de controle da coinfeção TB/HIV, visando à implantação das medidas de redução dos casos de tuberculose entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS e estruturar um Comitê Técnico Nacional em TB/HIV que discuta as estratégias para o enfrentamento da coinfeção no país. **8.** Ampliar a realização do tratamento diretamente observado (TDO) com qualidade. **9.** Alinhar a área de capacitações do PNCT com a política de educação permanente do Ministério da Saúde. **10.** Expandir a política de pesquisa sobre tuberculose no Brasil. **11.** Desenvolver ações e estratégias que considerem as necessidades das comunidades empobrecidas, da população negra, da população em situação de rua, população privada de liberdade e comunidades indígenas e pessoas vivendo com HIV/AIDS a fim de aperfeiçoar o controle da tuberculose nessas populações. **12.** Constituir um comitê Intersetorial com a participação da sociedade civil, para o desenvolvimento de ações conjuntas de modo a enfrentar os determinantes sociais relacionados à tuberculose, em especial os que possuem relação direta com a pobreza e a dificuldade de acesso. **13.** Garantir que as ações de prevenção e controle da tuberculose sejam priorizadas nas ações governamentais de desenvolvimento econômico e social a exemplo do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC. **14.** Que o Conselho Nacional de Saúde acompanhe a execução do Programa de Controle da Tuberculose regularmente, disponibilizando ao CONASS, CONASEMS e CNAS as informações anuais que deverão ser elaborados pelo PNCT. **15.** Que o Ministério da Saúde garanta e normatize os projetos vinculados a organismos de apoio técnico-científico bi e multilaterais. **16.** Garantir a produção e veiculação de campanhas de prevenção, educação e sensibilização sobre tuberculose de massa com caráter permanente. **Deliberação: a resolução elaborada pelo GT Tuberculose, com as contribuições dos conselheiros, foi aprovada por unanimidade.** *Indicações:* A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a vaga da FENAFAR na COFIN/CNS será ocupada pelo Conselho Federal de Serviço Social. Também apresentou a proposta de realizar o Seminário Internacional para apresentação do resultado do Laboratório de Inovações: inclusão

de cidadãos na implementação das políticas públicas, em parceria com a OPAS/OMS, nos dias 7 e 8 de novembro de 2011. **Deliberação: aprovada a realização do Seminário Internacional para apresentação do resultado do Laboratório de Inovações nos dias 7 e 8 de novembro de 2011.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que foram recebidas 21 experiências e a equipe da UnB aprofundou a análise da experiência de Tocantins que teve como resultado a inclusão de representantes de assentados no Conselho de Saúde. Disse que, encerrado o prazo final para de envio, as experiências serão analisadas e selecionadas cinco (duas de municípios, uma de estado, uma no âmbito federal e uma do movimento social). A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a idéia inicial é garantir a participação no Seminário dos 144 conselheiros nacionais, coordenadores da Plenária de Conselhos de Saúde, presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde, CONASS, CONASEMS e convidados internacionais. De todo modo, disse que o GT fará uma proposta de participantes para ser apresentada ao Pleno. A esse respeito, foi sugerido convidar representação do Chile para o Seminário. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, também informou a realização e os resultados do encontro das Secretarias-Executivas dos Conselhos, no dia 1º de julho de 2011, com destaque para elaboração de mapa das Conferências (foram realizadas, até o momento, quase 3 mil conferências municipais), balanço do Programa de Inclusão Digital e debate sobre o Cadastro dos Conselhos de Saúde. Além disso, disse que na oportunidade foi sugerida a elaboração de um manual para as Secretarias-Executivas dos Conselhos e solicitada reunião da Mesa Diretora do CNS com os presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde. Ressaltou que a Mesa Diretora do CNS discutirá como encaminhar a demanda de uma reunião com os presidentes dos CESSs. **Deliberação: o Plenário aprovou as propostas de elaborar um manual para as Secretarias-Executivas dos Conselhos e promover encontro com os presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde (a Mesa Diretora do CNS irá preparar uma proposta para ser apresentada ao Plenário).** Por fim, informou que a Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, convida o CNS para a cerimônia de sanção do PLC SUAS 189/2010, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Assistência Social, às 11h, no Palácio do Planalto, com a presença da Presidente da República. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a satisfação com sanção do PLC SUAS 189/2010 por se tratar de uma resposta à dívida social com a população. **ITEM 6 – TEMA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE. FINANCIAMENTO NECESSÁRIO – Apresentação: Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS; Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos trabalhadores da saúde; e Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, representante dos usuários. **Coordenação: Conselheira Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro a expor sobre o tema acesso e acolhimento com qualidade e financiamento necessário foi o Secretário de Atenção à Saúde/MS, conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**. Na sua explanação, optou por uma abordagem diferente da tradicional com enfoque em princípios e formatos de financiamento de componentes específicos. Começou destacando os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização: universalidade, acesso e acolhimento, equidade (classificação de Risco como um dos dispositivos de qualificação do cuidado) e integralidade (sujeito e não doença, multidisciplinaridade e Redes de Atenção à Saúde – RAS). Explicou que o conceito de “saúde como direito de todos, em todos os lugares” visa garantir acesso universal efetivo com qualidade. Para isso, disse que se deve, dentre outras iniciativas, combinar estratégias regulatórias, educacionais, financeiras e de apoio técnico e profissional, definir Mapa das Necessidades de Especialidades Médicas por regiões (o Mapa vai orientar a abertura de vagas só onde há necessidade), investir na qualidade da formação e no fortalecimento do papel do médico de família e fortalecer iniciativas junto ao MEC para mudança na graduação (Pró-Saúde, Pet-Saúde etc). Ainda sobre a “saúde: direito de todos em todos os lugares”, destacou iniciativas para garantir acesso e qualidade como desconto na Dívida do FIES (1% ao mês – no mínimo 1 ano), oferta a todos de residência e especialização em Saúde da Família e oferta de Telessaúde com 2º opinião formativa, apoio diagnóstico e tutoria à distância. Ressaltou que, para tratar de acesso e qualidade, é preciso considerar as diferenças regionais. Nessa linha, destacou formatos específicos das equipes para localidades de difícil provimento e fixação dos profissionais e o Plano Brasil sem Miséria (construção de UBS e geração de emprego, Saúde da Família e Saúde Bucal Especializada, população de Rua – consultórios de rua e papel dos Agentes Comunitários na inclusão social). Na lógica de mais qualidade e resolutividade na AB, citou as ações de fortalecimento e ampliação expressiva do número de NASF e do escopo de ações e ampliação do número de municípios que podem credenciar (de 870 para aproximadamente 4.524). Salientou que essas questões trazem para o eixo da organização do Sistema (Redes) os conteúdos da humanização e a Política Nacional de Humanização passa a ser um componente exigido nas redes. Também falou do acolhimento com classificação de risco como dispositivo de qualificação do cuidado, explicando que, com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Nesse ponto, destacou o Programa de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da AB (Saúde da Família + UBS tradicionais) que visa apoiar tecnicamente e induzir economicamente a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um Padrão de Qualidade comparável e passível de acompanhamento público. Seguindo, falou do aumento dos repasses do PAB Fixo e Variável - competência 2011, explicando que o valor da equipe de saúde da família terá acréscimo de 50% desde que haja melhoria de qualidade. Detalhou que o aumento equitativo do PAB segue os seguintes critérios: PIB per capita (Peso 2), percentual de pessoas na extrema pobreza ou percentual de família nos Bolsa Família – o que for maior (Peso 1), percentual de pessoas sem Plano de Saúde (Peso 1) e densidade demográfica (Peso 1). Acrescentou que a distribuição do aumento equitativo do PAB é a seguinte: Grupo I: os 70,1% com piores indicadores, excluídos os municípios com mais de 50 mil habitantes, Grupo II: os 20,1% seguintes com piores indicadores, excluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes, Grupo III: os 7% seguintes com piores indicadores, excluídos os maiores que 500 mil habitantes e Grupo IV: os 2,8% com melhores indicadores e municípios com mais de 500 mil habitantes. Explicou que estão sendo publicadas as Portarias com as mudanças de valores, além da correção de valores para todos. Também disse que a atenção básica terá um incremento R\$ 1 bilhão, porque as iniciativas previstas necessitam de orçamento adicional. Ressaltou ainda que as três Redes (Rede de Atenção Materno Infantil – RMI, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e Rede de Atenção à Urgência e Emergência – RUE) também terão investimento (recurso disponível e adicional (EC nº. 29)), na lógica da garantia do acesso com qualidade. Nessa linha, destacou os Contratos de Ação Organizativa Pública com compromissos de Municípios, Estados e União. Para ilustrar, explicou que, de 2011 a 2014, a previsão é de R\$ 17.568.607.665,48 para financiamento da Rede Cegonha. Para financiamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE, o investimento será de R\$ 16.219.393.277,47. No caso da Rede de Atenção Integral de Saúde aos Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas – RAPS, o financiamento será de R\$ 3.818.330.000,00, de 2011 a 2014. Ressaltou que, para implantação da RAS, será necessário pactuação tripartite: desenho, financiamento e acompanhamento, governança: CGR e CIB, Grupo Condutor com apoio institucional do MS, Controle Social, planejamento locorregional: Plano de Ação e território: regiões de saúde referendada pelo Decreto. Por fim, salientou que a proposta é fortalecer a atenção básica e financiar Redes, sendo necessário recurso para isso. Portanto, frisou que é preciso maior investimento do governo federal e cumprimento do percentual a ser aplicado pelos Estados. O segundo expositor foi o conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, representante dos usuários, que trouxe aspectos para reflexão do Pleno. Começou com a seguinte citação para suscitar reflexão sobre as conferências e o debate do ciclo orçamentário nesses espaços: “Se de dois em dois anos as conferências não fazem sentido, exatamente por falta de uma pauta que fosse compreensível às pessoas de forma geral, com uma metodologia e critérios que não dialogam com as realidades do Brasil, a sua periodicidade perdem ainda mais o sentido, na medida em que estão em desencontro com o Ciclo Orçamentário.” Acrescentou que é preciso entender a importância de manter a dinâmica de conferências, mas estas precisam fazer sentido e este começa com a mobilização, passa pela apropriação do conteúdo e realidade e pelo processo decisório. A realização das decisões começa a acontecer quando há previsão no orçamento. Completado esse processo, é possível desencadear uma cultura de controle da execução da política. Seguindo, mostrou dois quadros, o primeiro com gastos do Ministério da Saúde, de R\$ 44,86 bilhões em 1995 para R\$ 61.97 bilhões em 2008 e o segundo com os débitos dos Estados relativos à EC nº. 29, de 2000 a 2008, no total de R\$ 27,6 bilhões. Destacou os Estados do Rio Grande do Sul e Minas Gerais que aplicaram, respectivamente, 4,37% e 8,65% dos 12% devidos. Também ressaltou o aumento dos gastos municipais com saúde – recursos próprios, de 2000 a 2009, e citou que, em 2009, foi de R\$ 34,6. Salientou que é preciso analisar os dados relativos a esses gastos a fim de verificar se, de fato, são reais. Mostrou o cenário sobre a regulamentação da EC nº 29, destacando: LOA-2011 (VNP): R\$ 71,5 bilhões; PLP 306-B-2008 Câmara dos Deputados (VNP) sem a CSS (perda de R\$ 7 bi do FUNDEB): R\$ 64,5 bilhões; PLP-306/B-2008 Câmara dos Deputados (VNP) com a CSS (ganho final de R\$ 8,2 bi): R\$ 79,7 bilhões; PLS-121-2007 Tião Viana - Senado Federal (10% RCB de R\$ 1.040 bi): R\$ 104 bi; PLS 121-2007 do Senador Tião Viana - Senado Federal + CSS (10% RCB com CSS: R\$ 32,5; + CSS líquida de R\$ 8,2; ganho de R\$ 40,7): R\$ 112,2 bilhões; e PLS 156 – 2007, Senado Federal (18% RCL de 551,2 bi = 99,2 - ganho de 27,7): R\$ 99,2 bilhões. Também falou do Projeto da Reforma Tributária, em votação no Congresso, explicando que “faz mal à saúde” porque acaba com a seguridade social, coloca em risco o financiamento do sistema de proteção social, garantido pelos constituintes de 1988, e troca contribuições sociais por impostos com regras desfavoráveis. Ainda sobre a reforma tributária, destacou a possibilidade de Estados terem fundos de desenvolvimento onde os empresários podem aplicar recursos e deduzi-los do ICMS (0,5% a 8%), a criação do Fundo de Equalização das Receitas (compensação de perda de ICMS - irá compensar perdas do ICMS da saúde e educação?) e o risco de se negociar a implantação de DRE e DRU com perda potencial de mais 20% da receita para saúde e educação. Também apontou as primeiras estimativas de perda para a seguridade (saúde-previdência-assistência social), explicando que, considerando dados de 2007 e após desconto da DRU, a perda seria

de R\$ 43,6 bi. Destacou, além disso, que, em 2009, a aplicação pública brasileira/dia com saúde foi de R\$1,82 por dia. Também apresentou, para reflexão, dados sobre a renúncia fiscal na saúde (União, Brasil-2009), quais sejam: IRPF - despesas médicas: R\$ 3,1 bilhões; IRPJ - Assistência a empregados: médica, odontológica, farmacêutica: R\$ 2,3 bi; entidades sem fins lucrativos - assistência social: R\$ 2,1 bi; Indústria Farmacêutica (medicamentos): R\$ 5,1 bi; e total de benefício tributário para saúde: R\$ 12,6 bi. Seguindo falou sobre o Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011, explicando, quanto à rede regionalizada, uma das questões fundamentais de avanço diz respeito à definição de que a região de saúde será a base de alocação de recursos. Disse que, se assim for, é possível resolver dois grandes problemas: distribuir melhor as regiões de saúde e melhorar a relação entre os municípios pequenos e os de referência (estes enfrentam atritos devido à abrangência dos serviços). Explicou que estudo do CEBES e da USP apontou que o gasto total em saúde no Brasil, no ano de 2006, foi de 198 bilhões de reais, sendo predominante o gasto hospitalar com aproximadamente 67% desse valor. Outro dado interessante do estudo é que o gasto hospitalar no SUS é maior do que no setor privado e um dos motivos disso é que 30% das internações realizadas não requerem cuidados hospitalares, representando um custo de R\$ 10 bilhões para o país, muitas vezes ocorridas na rede pública. Destacou ainda que o financiamento do setor hospitalar é 58% público, enquanto que as fontes privadas são responsáveis por 42%. Desse total privado, o gasto direto realizado pelas famílias nos hospitais ainda é alto no país, correspondendo a 8,5% desse total. Disse que a pesquisa abordou ainda a taxa média de ocupação dos leitos hospitalares, revelando que 2/3 dos leitos do SUS não precisariam existir. Salientou que essa é uma conclusão simplista, uma vez que apenas 37% dos leitos SUS são utilizados no país, enquanto que a taxa média de ocupação dos países desenvolvidos gira em torno de 70 a 75%. Na verdade, 95% dos hospitais brasileiros não sabem quanto custa os serviços que produz (dados de 2006). Entre as conclusões do estudo, destacou a baixa governança dos hospitais públicos, com pouca autonomia e responsabilização dos gestores, com mecanismos de financiamento sem relação com os custos e não focados no desempenho. Ressaltou ainda que o Sistema Único de Saúde padece de duas deficiências graves e crônicas: gestão ineficaz e recursos insuficientes. Segundo o conselheiro, o usuário que se vê obrigado a recorrer ao SUS é, em boa parte das vezes, submetido a um calvário, com tratamento ruim e espera desumana por exames e procedimentos mais complexos. Encaminhando-se para o final da sua exposição, mostrou um gráfico com a divisão do Orçamento Geral da União 2010 (R\$ 1,414 trilhão): saúde: R\$ 3,91%; previdência social (incluindo a previdência dos servidores): 22,12%; transferência estados e municípios: 9,24%; saneamento: 0,04%; habitação: 0; urbanismo: 0,13%; direito à cidadania: 0,09%; educação: 2,8%; cultura: 0,06%; trânsito: 0,20%; e gestão ambiental: 0,15%. Citou esses dados para destacar que é preciso discutir a lógica do orçamento da União, tendo em vista que 44,3% do total do orçamento de 2010, R\$ 635 bilhões, destinou-se ao pagamento de juros, amortização e refinanciamento da dívida (Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download (execução do Orçamento da União)). Para detalhar melhor a situação, mostrou outro gráfico sobre os Credores da dívida externa (abril de 2010), sendo: fundos de pensão: 16%; fundos de investimento: 21%; empresas não financeiras: 8%; e bancos nacionais estrangeiros: 55% (Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download (execução do Orçamento da União) – Disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/orcament/bd/exe2010mdb.EXE>. Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida). Na sequência, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uma exposição sobre o financiamento do SUS, ressaltando que, inicialmente, é preciso reconhecer que o Sistema é subfinanciado, mas a simples alocação de mais recursos não é a solução. Portanto, o debate sobre financiamento vai além dos números, tratando-se de um debate político. Explicou que a Constituição Federal de 1988, nas disposições transitórias, determina que o SUS tem direito a 30% do orçamento da Seguridade Social. Contudo, durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso houve uma desconstrução jurídica e política desse dispositivo. Também destacou que a CPMF teve uma destinação diversa da originalmente estabelecida pela legislação. Na definição do cenário, explicou que o Orçamento da Seguridade Social 2010 foi de R\$ 458,6 bi e, nesse ano, houve um superávit no financiamento da seguridade social de mais R\$ 58 bi. Ressaltou que esses dados se contrapõem ao discurso insistente da mídia de que não há recurso para a saúde e o problema das finanças do país refere-se à previdência. Explicou que o grande problema das finanças do país é a dívida pública, mas deixou claro que não estava defendendo o não pagamento desta. Para ilustrar a situação, explicou que, em 2004, quando o Ex-Presidente da República Fernando Henrique assumiu o governo, a dívida pública era de R\$ 60 bilhões. Quando o Ex-Presidente da República, Luís Inácio Lula, assumiu o governo, em 2002, já haviam sido pagos mais de R\$ 800 bilhões e a dívida saltou de R\$ 60 bilhões para R\$ 670 bilhões. Ressaltou que o governo Lula pagou mais de R\$ 1 trilhão e a dívida saltou de R\$ 670 bilhões para R\$ 1,5 trilhão. Explicou que no primeiro quadrimestre de 2011 o governo fez um esforço para economizar, principalmente das áreas sociais, R\$ 57 bilhões para pagar os juros da dívida e, nesse período, esses juros corresponderam a R\$ 78 bilhões. Ressaltou que a projeção é de R\$ 117 bilhões de gastos com a dívida em 2011 e os números podem ser superiores a isso. Também destacou que trazem prejuízos ao



financiamento do SUS os benefícios tributários, a Desvinculação das Receitas da União e o não reembolso por parte dos planos de saúde. Todavia, disse que a mais recente ameaça ao orçamento do SUS é a proposta de reforma tributária que tramita no Congresso Nacional. Seguindo, fez um resgate histórico sobre o financiamento do SUS, destacando os seguintes aspectos: aprovação da Emenda Constitucional 29 no ano 2000; fim da Contribuição provisória sobre as movimentações financeiras; financiamento permanentemente insuficiente; descumprimento da Constituição Federal/88; desresponsabilização significativa dos entes federal e estaduais; distorções do modelo de Financiamento: financiamento da Atenção Básica subdimensionado, lógica instituída de pagamentos por procedimentos, privatização – o privado substitutivo e não complementar, privatização nas ações e serviços especializados e de alto custo, na força de trabalho – terceirizações, cooperativas e na gerência e gestão dos serviços – OS, OSCIPS e “Parceiros privados”. Para se contrapor ao discurso de que a privatização possui amparo legal, citou dispositivos da Constituição Federal. Destacou que o art. 199 da Constituição Federal determina que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por outro lado, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. Acrescentou que o art. 17 da Lei nº. 8.080/90 determina que à direção estadual do Sistema Único de Saúde compete identificar estabelecimentos hospitalares de referência, gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. Além disso, o art. 18 da Lei nº. 8.080/90 determina, dentre outros aspectos, que à direção municipal do Sistema Único de Saúde compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde e gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros. Desse modo, ressaltou que a Lei é clara ao não permitir a gestão de sistemas por OSs, por exemplo. Também falou da complementaridade, explicando que o art. 24 da Lei nº. 8.080/90 determina que “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.” Seguindo, destacou as consequências da privatização: precarização do trabalho e da sua remuneração; distorções salariais; absoluta dependência dos serviços privados; fuga e dependência de profissionais especialistas e de corporações organizadas; comprometimento do acesso e do financiamento; e crescente demanda reprimida. Também citou alguns dados a serem considerados no debate: 1) estabelecimentos de saúde com internação: em 2005, 2.727 públicos e 4.428 privados; e, em 2009, 2.839 privados e 4.036 públicos; 2) leitos em estabelecimentos de saúde: em 2005, 148.966 públicos e 294.244 privados; e, em 2009, 152.892 públicos e 279.104 privados; 3) distribuição dos postos de trabalho de auxiliares e técnicos: a) 1986: 53% público; 0% municipais; e 47% privado, 2002: 52% público; 30% municipal; e 48% privado; 2006: 55% público; 34% municipal e 45% privado; b) distribuição dos postos de trabalho de enfermeiros: em 1986, 68% públicos, 0% municipais e 32% privado; em 2002, 65% públicos, 41% municipais e 35% privado; em 2006, 67% públicos, 46% municipais e 33% privado; c) distribuição dos postos de trabalho de médicos: em 1986, 53% públicos, 0% municipais e 47% privados; em 2002, 45% públicos, 29% municipais e 55% privados; e, em 2009, 45% públicos, 30% municipais e 55% privado; d) distribuição dos postos de trabalho dos odontólogos: em 1986, 59% públicos e 41% privados; em 2002, 42 % públicos, 14 % municipais e 58 % privados; em 2009, 63% públicos, 55% municipais e 37% privados. Por fim, apresentou as seguintes propostas relativas ao financiamento do SUS: regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Proposta do Tião Viana); ampliar o financiamento da atenção básica; pactuar com estados e municípios a estruturação e ampliação da rede pública de serviços em todos os níveis de atenção; promover autonomia administrativa e orçamentária dos serviços com contratos de gestão e avaliação permanente; implantar a profissionalização da gestão; e pactuar com os outros entes federados a carreira única do SUS. Concluídas as intervenções, a mesa abriu para manifestações. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** interveio para apresentar dados que mostram a causa da desestruturação do Sistema. Do gasto total com saúde, apenas 41% é público, um percentual inferior se comparado a outros países da América Latina: Argentina=50,8%, Chile=58,7%, Colômbia=84,2%, Costa Rica=72,9%, Cuba=95,5%. Em comparação a outros países com sistemas universais, enquanto o gasto com saúde do Brasil é de 41,6% o dos países como Alemanha, Canadá, França, por exemplo, são superiores a 70%. Em relação ao orçamento público x gasto em saúde, apenas 5,4% do orçamento é destinado à saúde, enquanto em outros países a situação é a seguinte: Argentina=13,9%, Canadá=18,1%, Chile=17,9%, Colômbia=18%, Costa Rica=25,8%, USA=19,5%, UK=15,6% e Portugal=15,4%. Também mostrou a evolução dos gastos públicos com saúde na história do SUS,

explicando que, em 1993, o gasto da União era de 72%, dos Estados de 12% e dos Municípios de 16%. Em 2002, o gasto da União foi de 58%, o dos Estados de 20% e o dos Municípios de 22%. Em comparação aos países da América Central, o Brasil tem o índice igual à Guatemala e inferior aos demais países da América Central. Desse modo, recebeu com entusiasmo as propostas apresentadas pelo Secretário Helvécio Miranda porque são estruturantes para o Sistema. Também destacou que, segundo dados de 2008, quatorze estados cumpriram a EC nº. 29, seis Estados entre 10 e 12% e sete abaixo de 10%. Por fim, sugeriu, além de movimento em prol da aprovação da EC nº. 29, a defesa do CNS pela alocação de recurso da dívida externa na saúde, a fim de resolver os problemas do Sistema e garantir uma saúde de qualidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sentiu falta de redes importantes no processo de garantia da integralidade da atenção como assistência farmacêutica, equipe multiprofissional, suporte laboratorial, entre outras. Sobre o financiamento, ressaltou que é preciso dar destaque à questão do subfinanciamento do setor saúde. Por fim, avaliou que o CNS deve esforçar-se para incluir a questão do financiamento no processo político de mobilização da 14ª CNS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou maiores esclarecimentos sobre as Redes, em especial a Rede Cegonha. Destacou a Rede de Combate ao Crack e outras drogas para perguntar se há previsão da regulação da propaganda de bebidas alcoólicas. Salientou, por exemplo, que a cerveja é utilizada por restaurantes para dourar as carnes e as garrafas não contém o alerta de contém glúten. Conselheiro **José Cechin** cumprimentou os expositores pelas apresentações elucidativas e destacou o problema dos altos juros da dívida. Explicou que o governo FHC reconheceu um passivo de dívidas com pessoas e empresas, a exemplo do sistema financeiro de habitação, o que também elevou a dívida. Citou também que no atual governo houve crescimento da dívida por conta da reserva que possibilitou ao país passar pela crise financeira sem muito impacto. Conselheiro **Nelson Mussolini** explicou ao Plenário que algumas matérias-primas para medicamentos possuem alíquota zero de imposto de importação, o que não significa dizer que há renúncia fiscal para a indústria farmacêutica. Esclareceu que a carga tributária do Brasil sobre medicamentos é a mais alta do mundo (33,9%), o que, possivelmente, faz do Brasil o único país do mundo onde a arrecadação com impostos seja superior ao gasto público com medicamento. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou se o processo de reconhecimento da participação de gestores e trabalhadores na melhoria do SUS beneficiará a gestão como um todo. Também solicitou manifestação do Secretário sobre os mecanismos passíveis de serem utilizados para fiscalizar melhor os gastos com saúde. Por fim, perguntou como reacender a idéia do “sonho do serviço público”, a fim de ganhar mais trabalhadores para o SUS. Conselheira **Maria Cristina Biz** cumprimentou os expositores e solicitou considerações do Secretário da SAS sobre a equipe profissional para garantia do acesso com qualidade. Lembrou, inclusive, que alguns locais não adotam a proposta de NASFs. **Retorno da mesa.** O Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS, conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, reiterou a importância dos três Entes cumprirem a EC nº. 29, visto que alguns Estados não o fazem. Citou, por exemplo, que a aplicação do Rio Grande do Sul é inferior à declarada no SIOPS. Também respondeu que a intenção é migrar do sistema de pagamento por procedimento para pagamento por resultado e necessidades atendidas. Esclareceu que, a partir das Redes, a proposta é pagamento por redes integrais (pagamento do conjunto das ofertas necessárias daquele determinado território), o que significa indução a resultados e cuidados. Reconheceu que há uma incorreção acerca da assistência farmacêutica, visto que se refere a um componente do cuidado e não logístico. Mas, no caso dos laboratórios, destacou que se trata de uma questão logística. Disse ainda que a Rede Cegonha refere-se à assistência obstétrica e neonatal, mas não substitui a proposta de atenção integral à mulher e à criança. A respeito dos NASFs, destacou que é uma opção municipal, mas o MS publicou portaria na lógica de induzir a inclusão de todas as categoriais profissionais nos Núcleos. Explicou também que o álcool, apesar de uma droga lícita, é o maior problema de drogas, portanto, na proposta do Ministério da Saúde há restrição a propaganda de álcool e droga. Concordou que é preciso ampliar a discussão sobre a dívida pública e suas repercussões e também acerca da precarização. Também discordou do dado da apresentação do Conselheiro Eliotério de R\$ 5,1 bi de RF IPI medicamentos e explicou que são R\$ 8 bi de renúncia no conjunto dos setores econômicos e R\$ 4 bi só da filantropia. Explicou que no Projeto de Qualificação há indução e financiamento de medidas nos planos de carreiras que valorizem resultados de qualidade, tendo como centro de preocupação a satisfação do usuário. Explicou ainda que a Portaria sobre remuneração refere-se à tabela atual da média e alta complexidade, haja vista as irregularidades do ponto de vista da previdência (Código 7). Por fim, agradeceu e informou que não poderia permanecer até o final do debate, mas representante da SAS estaria presente para responder a eventuais questionamentos do Pleno. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** fez uso da palavra para registrar que também teria que se retirar. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** interveio para registrar que, segundo relatório do Banco Mundial publicado em 2011, o Brasil é um dos 24 países que menos investem na saúde. Também ressaltou que, além da demanda reprimida, a privatização interfere na qualidade dos serviços de saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** informou que nos dias 7, 8 e 9 de julho o CEBES realizará seminário nacional com conjunto de teses relativas às questões colocadas e destacou que

financiamento, gestão, modelo de atenção e processo de trabalho são questões indissociáveis. Ressaltou que é preciso aprofundar o debate sobre mercado e interesse público, visto que o mercado avança sobre o financiamento, contingenciando-o, sobre a gestão estabelecendo a sua racionalidade, sobre o modelo de atenção segmentando-o e sobre os processos de trabalho. Salientou ainda que é preciso aprofundar a discussão acerca da dívida pública e apresentar proposições políticas, garantindo o interesse público. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** também destacou a questão da dívida pública e os seus prejuízos ao país e salientou que é preciso mudar a lógica para resolver os problemas na saúde, educação, previdência... Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que, apesar dos esforços, a saúde é colocada em segundo plano enquanto prioridade de política pública. Ressaltou que as apresentações e as contribuições devem ser consideradas para debate nas conferências estaduais de saúde. Além disso, registrou que se faz necessário trazer o debate do financiamento como estratégico para o controle social e discutir os indicadores para os quais a atenção básica ainda não ofereceu a solução adequada. Por fim, ressaltou que é preciso considerar as particularidades das populações no debate sobre o acesso e, para ilustrar, destacou que 40% da população rural não tem acesso a ações de saúde odontológica. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** cumprimentou os expositores e destacou que o Brasil, apesar do financiamento insuficiente, consegue fazer muito na saúde. Destacou que os municípios vêm assumindo cada vez mais responsabilidade com seus escassos recursos e média municipal de aplicação na saúde é de 25%. Portanto, é preciso avançar para maior investimento da União e dos Estados. Citou a situação complicada do Rio Grande do Sul por conta do baixo financiamento histórico. Ressaltou que é preciso resolver as situações cotidianas para garantir o acesso, como exemplo, a definição de uma regra de transição para contratar profissionais. Conselheiro **Milton de Arruda Martins** focou a sua fala na questão da política de repasse mais adequada para garantir a assistência à saúde com qualidade. Concordeu que o pagamento por procedimentos gera distorções e, portanto, deve ser substituído progressivamente por outra forma de repasse de recursos. Por outro lado, o repasse de recursos sem cobranças gera outro conjunto de distorções. Nesse sentido, explicou que a proposta do Ministério da Saúde é repasse de recursos a partir de metas numéricas, de qualidade, de satisfação dos usuários, dentre outras. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu as contribuições e as deferências. Destacou que o repasse direto também não funciona e, portanto, defendeu a contratualização, com metas e acompanhamento permanente. Concordeu que é preciso um período de transição para implementar as propostas voltadas ao enfrentamento dos problemas do SUS, contudo, frisou que é preciso dar os primeiros passos com a corresponsabilização, fortalecimento da rede pública, entre outras. Ressaltou que hoje o serviço público não é atrativo inclusive por conta de um ideário plantado pelo governo do Ex-Presidente Fernando Henrique que consolidou a visão eminentemente mercantilista do exercício profissional. Também comentou a questão da dívida pública destacando que compromete os avanços do país visto que consome 45% do orçamento global do país. Concordeu também que a privatização compromete a qualidade dos serviços e ressaltou a importância do SUS para o país mesmo com os limites políticos e financeiros. Por fim, concordou com a divulgação do material das apresentações para as conferências com vistas a subsidiar os debates. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** destacou que apresentara os dados sobre a renúncia fiscal para suscitar o debate e, a esse respeito, informou que fora aprovada na Comissão de Assuntos Econômicos do Senado Federal isenção fiscal para equipamentos hospitalares importados. Também ressaltou a importância de aprofundar o debate sobre a dívida pública e as suas repercussões. O representante da SAS/MS, Weider de Souza, explicou que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade considera três elementos para avaliação da qualidade, entre eles, indicadores de saúde e satisfação do usuário. Também destacou a publicação do Decreto presidencial que cria os Contratos Organizativos de Ação Pública, o que representa um avanço visto que responde a singularidades, inclusive regionais. No mais, fez um destaque ao Plano Brasil sem Miséria, que combina ações de mais de nove Ministérios, com previsão, por exemplo, de ações básicas e ações especializadas de odontologia voltadas à população rural. Por fim, informou que o Ministério da Saúde irá dispor de um sistema integrado para acompanhar o usuário no Sistema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que em Santa Catarina uma empresa de capital estrangeiro começaria a atuar na área de diagnóstico laboratorial, contrariando o art. 199, parágrafo 3º, da Constituição Federal. Nesse sentido, sugeriu que o CNS envie ao TCU de Santa Catarina, à Procuradoria Estadual de SC e à SES SC uma nota explicando que é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei. Não houve manifestações contrárias à proposta. **Deliberação: enviar nota do CNS ao TCU de Santa Catarina, à Procuradoria Estadual de SC e à SES SC com explicações sobre o parágrafo 3º do art. 199 da Constituição Federal/88, que veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.** Diante do avançado da hora, o Plenário decidiu adiar o item 09 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS para a próxima reunião do CNS e inverteu a pauta. **ITEM 08 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS – Composição da mesa: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-**

Executiva do CNS; e **Paulo Capel Narvai**, integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS. **Coordenação:** Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, Conselheira **Jurema Pinto Werneck** listou os itens a serem tratados: 1) Tema da Reunião CNS de agosto; 2) 2ª Vídeo Conferência da 14ª CNS; 3) Apresentação da Proposta da Comissão de Relatoria da 14ª CNS; e 4) Reunião da Comissão Organizadora da 14ª CNS. 1) Tema da Reunião CNS de agosto. Inicialmente, Conselheira **Jurema Werneck** disse que o Pleno deveria definir o tema de debate da Reunião Ordinária do CNS de agosto, lembrando que, em junho, o tema foi “Análise Situacional da Saúde no Brasil” e naquela reunião “Financiamento”. A seguir, houve uma rodada de intervenções e foram apresentadas as seguintes sugestões de temas: recursos humanos; modelo de gestão; vigilância em saúde; gestão de recursos humanos (em agosto); gestão de serviços (em setembro). **Deliberação: o Plenário decidiu que o tema de debate sobre a 14ª CNS da próxima Reunião Ordinária do CNS será “acesso com qualidade na perspectiva da gestão do trabalho e da educação em saúde”. Em setembro, o tema será “acesso com qualidade na perspectiva da gestão dos serviços” e, em outubro, “acesso com qualidade na perspectiva modelo de atenção”.** 2) 2ª Vídeo Conferência da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Pinto Werneck** explicou que a 2ª vídeo conferência da 14ª CNS ocorrerá no dia 23 de agosto de 2011 com o tema “Balanço das etapas municipais da 14ª CNS”. Disse que a Comissão Organizadora redigirá um roteiro para que os Estados apresentem os principais pontos debatidos nas Conferências Municipais. Esclareceu que a mesa mediadora do debate da videoconferência será composta por um representante dos usuários (Jurema Werneck), um dos trabalhadores e um gestor (Alexandre Rocha Padilha, Ministro de Estado da Saúde). O segmento dos trabalhadores indicou o Conselheiro Francisco Batista Júnior. **Deliberação: a mesa mediadora do debate da 2ª vídeo Conferência será composta por Jurema Werneck, representante dos usuários; Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores; e Alexandre Rocha Padilha, Ministro de Estado da Saúde, representante do gestor.** 3) Apresentação da Proposta da Comissão de Relatoria da 14ª CNS. Inicialmente, o integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS, **Paulo Capel Narvai**, cumprimentou os conselheiros e justificou a ausência do Relator-geral da 14ª CNS, **Gastão Wagner de Sousa Campos** e do relator-adjunto, **Arnaldo Marcolino**. Explicou que apresentaria linhas gerais do Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria, aprovado pela Comissão Organizadora e debatido na Oficina de Capacitação dos Coordenadores da Relatoria da Etapa Estadual da 14ª CNS, no dia 30 de junho de 2011. Iniciou com destaque ao inciso Art. 19 do Regimento Interno da 14ª CNS (Portaria nº. 945), que determina que ao Relator-Geral caberá coordenar a Comissão Relatora da Etapa Nacional. Lembrou que, além do Relator-Geral, Gastão Wagner de Sousa Campos e do Relator-Adjunto, Arnaldo Marcolino, compõem a Comissão de Relatoria: Conselheira Lígia Bahia, Luiz Eduardo Batista, Nilton Pereira Júnior e Paulo Capel Narvai. Acrescentou que a missão da relatoria é elaborar o Relatório Final da 14ª CNS e apoiar o trabalho de Coordenação das Plenárias e Grupos de Trabalho. Considerando que uma das funções da Relatoria é estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal de Saúde à Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde, disse que foi realizada Oficina de Capacitação dos Coordenadores da Relatoria da Etapa Estadual da 14ª CNS no dia 30 de junho de 2011. Ressaltou que os relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, apresentados em versão resumida de, no máximo 20 (vinte) laudas, em espaço dois, deverão ser encaminhados para a Relatoria-Geral da Conferência Nacional até 8 de novembro 2011, para serem consolidados e subsidiarem as discussões da Etapa Nacional. Ressaltou que na oficina de capacitação foi reiterado que somente as propostas e moções de âmbito nacional serão consideradas na Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Seguindo, salientou que, nos termos do Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria, a primeira atribuição da relatoria é preparar o consolidado das resoluções das conferências estaduais, documento que deverá subsidiar o debate nos grupos da fase nacional. Além disso, dar apoio e trabalhar em rede com as Comissões Estaduais de Relatoria para elaboração dos Relatórios Estaduais, por meio telefônico, eletrônico e, quando possível, presencial. Acrescentou que o consolidado nacional deverá sintetizar diretrizes e propostas de conteúdo semelhante e dar destaque ao contraditório. Salientou também que é papel do Relator-geral coordenar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e consolidar os Relatórios da Etapa Estadual/Distrito Federal e prepará-los para distribuição aos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Detalhou como se dará o processo de elaboração dos relatórios das etapas da 14ª da CNS. Explicou que o Relatório das Etapas Municipais poderá conter até sete diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter dez propostas a serem encaminhadas à Etapa Estadual. O Relatório das Etapas Estaduais e do Distrito Federal poderá conter até sete diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter cinco propostas a serem encaminhadas à Etapa Nacional da Conferência. Os Relatórios aprovados nas Etapas Estaduais e do Distrito Federal da 14ª Conferência Nacional de Saúde serão encaminhados à Coordenação de Relatoria em formato eletrônico. A Comissão Organizadora da 14ª Conferência Nacional de Saúde receberá os Relatórios aprovados na Etapa Estadual/Distrito Federal e elaborará Relatório Consolidado da Etapa

Nacional de acordo com o tema e o eixo da Conferência. Disse que esse Relatório Consolidado terá até 189 Diretrizes Nacionais e até 945 propostas nacionais. Ainda no Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria, destacou que cabe à Comissão Organizadora indicar quatro relatores para cada Grupo de Trabalho na etapa nacional, compondo uma equipe de 80 relatores, além da Comissão de Relatoria. Também destacou a proposta dos 27 relatores estaduais e do Distrito Federal comporem a relatoria dos Grupos de Trabalho, além de mais 53 pessoas indicadas pela Comissão Organizadora/Comissão de Relatoria, totalizando 80 relatores. Apresentou ainda as propostas do Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria de propor às Comissões Estaduais de Relatoria formatar os Relatórios Estaduais, segundo o padrão definido para o Relatório Nacional e de explicitar no Relatório Consolidado as diretrizes e propostas oriundas dos Estados, e que sejam dicotômicas/contraditórias. Explicou que o formato proposto para o Consolidado e o Relatório Final é o seguinte: *duas partes, a primeira* com Documento-síntese que apresente e justifique as Diretrizes, em formato discursivo (por exemplo, *Carta Aberta*), para o debate com a opinião pública (seria um documento político). A segunda parte com Consolidado de todas as Diretrizes e Propostas aprovadas nos GT e Plenária Final, em formato de tópicos. Disse que também é atribuição do relator-geral coordenar a elaboração dos consolidados dos Grupos de Trabalho. Sobre esses Grupos, lembrou que serão realizados simultaneamente, em um número total de vinte, e deliberarão sobre o Relatório Consolidado da Etapa Estadual/Distrito Federal, disponibilizados aos delegados da Etapa Nacional da 14ª CNS. Acrescentou que os grupos de trabalho poderão modificar textos do Consolidado. Os destaques dos grupos serão com objetivo de defender aprovação, supressão ou modificação da Diretriz/Proposta. Além disso, o Consolidado será disponibilizado em formato eletrônico e impresso. Também disse que será feita apresentação, pelos Relatores Geral e Adjunto, do Relatório Consolidado na Plenária de Abertura e do Consolidado dos GTs na Plenária Final. Ressaltou ainda que nos Grupos de Trabalho o Relatório Consolidado da Etapa Nacional será lido e votado. As propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional não destacadas nos grupos de trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. As propostas que obtiverem 70% ou mais dos votos, em cada grupo de trabalho, e forem aprovadas por onze grupos de trabalho, farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Acrescentou ainda que, para apreciação na Plenária Final, as propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional, destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% dos votos mais um dos onze Grupos de Trabalho para compor o Relatório Final. Além disso, na Etapa Nacional, não serão acatadas propostas novas (na 13ª CNS, havia essa determinação, mas, ainda assim, foram incluídas novas propostas, correspondendo a 67% das propostas aprovadas na etapa nacional). Por fim, colocou para apreciação do Plenário a proposta da Comissão de Relatoria de explicitar no Relatório Final propostas derrotadas na Plenária Final, mas que tiveram 50% ou mais de votos em pelo menos onze Grupos de Trabalho (caso contrário nem iriam para a Plenária Final) e que, na Plenária Final, obtiverem porcentagem (a definir) de votos. No seu entendimento, a Comissão Organizadora aprovou o mérito dessa proposta da Comissão de Relatoria, sendo necessário definir o percentual de votos. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou-se contrário à proposta da Comissão de Relatoria de possibilitar a modificação de propostas nos Grupos de Trabalho, visto que possibilita novas propostas. Também discordou da proposta de explicitar no Relatório Final propostas derrotadas na Plenária Final e lembrou que estas propostas constam do Consolidado. Para garantir a preocupação da Comissão de Relatoria, sugeriu que o Relatório Consolidado integre os anais da 14ª CNS. Conselheiro **Arthur Custódio de Souza** sugeriu a definição de um perfil de relator para orientar os fóruns na definição de nomes. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu que os conselheiros nacionais contribuam com o trabalho da relatoria nos GT e manifestou apoio à proposta de possibilitar a modificação das propostas nos Grupos de Trabalho, por entender que estimula o debate. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que o Plenário deveria manifestar-se sobre duas propostas: possibilitar aos Grupos de Trabalho modificar textos do Relatório Consolidado; e explicitar no Relatório Final propostas derrotadas na Plenária Final. Devido ao avançado da hora, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu que o Pleno se manifestasse naquele momento sobre a proposta de modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho, visto que no dia 18 de julho seria feita capacitação e essa proposta interferiria no sistema da 14ª CNS. A proposta de explicitar no Relatório Final propostas derrotadas na Plenária Final poderia ser debatida na próxima reunião do CNS, visto que não haveria prejuízo. **O Pleno acatou a proposta da Secretária-Executiva e o debate centrou-se na proposta de possibilitar a modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho. A proposta de explicitar no Relatório Final propostas derrotadas na Plenária Final será debatida na próxima reunião do CNS.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** discordou da proposta de possibilitar a modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho, por entender que pode colocar em risco os debates da etapa nacional, visto que é muito tênue a diferença entre proposta nova e proposta modificada. Além disso, salientou que a etapa nacional é o coroamento do debate das etapas estaduais e a possibilidade de modificação pode contrariar esse debate estadual.

Como alternativa, Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu possibilitar a modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho, desde que se assegure o mérito da proposta original. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que a etapa nacional é o momento da consolidação das propostas, assegurando discussão democrática ascendente (do município para a etapa nacional). Nessa linha, manifestou preocupação com a proposta de prever a modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho, visto que pode possibilitar novas propostas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que a etapa nacional é um momento de disputa e de embate, portanto, é preciso garantir que seja a mais democrático possível. Manifestou apoio à proposta de possibilitar a modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho e, no caso das propostas novas, ponderou que trazem dificuldade à relatoria para consolidação. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** relatou a sua participação na Conferência Municipal de São Paulo e destacou a insatisfação dos delegados em não poder modificar os textos e apresentar novas propostas. Conselheira **Junéia Martins Batista** concordou com a proposta de modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho. Após essas considerações, conselheira **Jurema Werneck** passou aos encaminhamentos. Primeiro, colocou em votação as seguintes propostas: 1) Não possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado na etapa nacional da 14ª CNS – 14 votos. 2) Possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado na etapa nacional da 14ª CNS – 17 votos. Nenhuma abstenção. **Deliberação: aprovada a proposta de possibilitar a modificação de textos do Relatório Consolidado na etapa nacional da 14ª CNS.** Diante desse resultado, Conselheira **Jurema Werneck** submeteu à votação as seguintes propostas: 1) Possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado na Plenária Final da etapa nacional da 14ª CNS. 2) Possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho da etapa nacional da 14ª CNS. **Deliberação: aprovada, com 22 votos, a proposta de possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho da etapa nacional da 14ª CNS.** Conselheira **Jurema Werneck** ratificou que poderão ser feitas modificações, desde que garantindo o mérito da proposta original. O integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS, **Paulo Capel Narvai**, esclareceu que a proposta de possibilitar aos Grupos de Trabalho modificar textos do Consolidado refere-se a ajuste de forma, expressando o consenso político no GT, sem alteração de mérito que corresponda à proposta nova. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que a proposta de possibilitar a modificação de textos do Relatório Consolidado na Plenária Final da etapa nacional da 14ª CNS poderá ser debatida na votação do Regulamento, portanto, o CNS deve pactuar essa regra. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou como trabalhar com propostas modificadas nos onze Grupos de Trabalho. O integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS, **Paulo Capel Narvai**, explicou que o pressuposto é manutenção do mérito das propostas, o que viabiliza a operacionalização dos Grupos. No caso de mudança mérito, a proposição será levada à Plenária Final. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que essa decisão do Plenário demanda à Comissão Organizadora da 14ª CNS o debate sobre a dinâmica dos Grupos de Trabalho. **A esse respeito, acordou-se que a Comissão Organizadora adequará a metodologia à decisão do Pleno do CNS de possibilitar modificação de textos, na forma, não sendo possível alteração de mérito, do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho da etapa nacional da 14ª CNS e trará uma proposta na próxima reunião do CNS.** O integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS, **Paulo Capel Narvai**, esclareceu que a Plenária de Abertura e a Plenária Final contarão com sistema eletrônico de votação, o que pode contribuir para agilizar os trabalhos. Concordeu com a necessidade de discutir a proposta de perfil dos relatores e salientou ser importante que os relatores da etapa nacional tenham experiência com relatoria de conferência e a composição expresse as divergências, por exemplo, geográfica. Por fim, Conselheira **Jurema Werneck** informou que no dia 18 de julho seria realizada capacitação de relatores estaduais e o spot de rádio estava pronto. Feito esse comunicado, agradeceu a presença do integrante da Comissão de Relatoria da 14ª CNS, **Paulo Capel Narvai**, e suspendeu para o almoço. **ITEM 07 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – FORMAÇÃO PROFISSIONAL – Apresentação:** Conselheiro **Milton Arruda**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS; e Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, representante dos trabalhadores da saúde. **Coordenação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o conselheiro **Milton Arruda**, Secretário da SGTES/MS, que fez uma abordagem sobre as principais iniciativas da SGTES voltadas ao aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde, considerando a competência do Sistema Único de Saúde de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Artigo 200 da Constituição Brasileira). Começou explicando que, entre os Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, está o de contribuir para a adequada formação, alocação, valorização, qualificação e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Salientou que a formação profissional carece de um olhar pedagógico e, nesse sentido, citou a seguinte frase de Paulo Freire (Cartas à Guiné-Bissau, 1977): “...quer dizer, quando quem sabe, sabe, primeiro, que o processo em que aprendeu algo é social; segundo, quando sabe que, ao ensinar o que sabe a quem não sabe, sabe também que dele ou dela



1947 pode aprender algo que não sabia..." Nessa linha, salientou que é preciso considerar os seguintes  
1948 aspectos relacionados ao planejamento: pensar em educação de adulto, que se faz na prática; todo  
1949 processo de formação precisa de um contexto social; e o professor ensina e aprende. Para ilustrar, citou  
1950 as principais questões da atual gestão da SGTES: integrar plenamente a Gestão do Trabalho e a Gestão  
1951 da Educação; atuação conjunta com os Ministérios da Educação e do Trabalho - Comissão  
1952 Interministerial de Gestão da Educação na Saúde; diálogo com as entidades representativas de  
1953 profissionais e de trabalhadores de saúde; todas as propostas serão submetidas ao Conselho Nacional  
1954 de Saúde; e todas as propostas serão implantadas após consenso com os gestores estaduais e  
1955 municipais (CONASS e CONASEMS). Explicou que é preciso pensar estrategicamente a formação de  
1956 profissionais de saúde, considerando perfil dos profissionais, qualidade da formação, número de  
1957 profissionais, especialização, educação permanente, condições de trabalho, despreciação dos  
1958 vínculos de trabalho e carreiras profissionais. Acrescentou que a formação de profissionais de saúde  
1959 deve fazer parte de uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde, que inclui,  
1960 necessariamente, Política de gestão do trabalho, Política de formação, qualificação e educação  
1961 permanente de todos os trabalhadores do SUS (nível de escolaridade fundamental, médio e superior) e  
1962 valorização da Rede de Escolas Técnicas do SUS. Detalhou que são princípios da formação das  
1963 profissões da saúde as Diretrizes curriculares promulgadas pelo MEC em 2001, a formação para o SUS  
1964 e para atender às necessidades da sociedade, a integração ensino-serviço e a integralidade do cuidado  
1965 às pessoas e às comunidades. Nesse sentido, salientou que são prioridades na formação de graduação:  
1966 participar intensamente de todas as políticas de qualidade e avaliação do ensino superior, envolvendo o  
1967 MEC, o MS e o CNS; aprofundar a integração ensino-serviço; estimular e financiar programas de  
1968 desenvolvimento docente (docentes da atenção básica, das redes de atenção, do internato, da  
1969 residência médica e multiprofissional e das escolas técnicas do SUS) (nos próximos dois anos será  
1970 oferecida especialização a 3.000 docentes); continuar os programas Pró-Saúde e PET-Saúde;  
1971 desenvolver estudos para definir o número de profissionais necessários; e avaliar o impacto de todos os  
1972 programas. Disse que o Brasil está avançando na integração Ensino-Serviço, mas, no seu entendimento,  
1973 deve-se adotar a nova visão do SUS como escola, com formação das gerações futuras e qualificação  
1974 dos trabalhadores. Inclusive, informou que foi constituído Grupo de Trabalho para propor a conformação  
1975 política e legal do Sistema de Saúde Escola. A respeito dos programas de incentivo à formação, explicou  
1976 que os principais são: Pró Saúde e PET Saúde. No Pró Saúde, são destinados recursos a instituições de  
1977 ensino para aperfeiçoar o currículo, ampliar integração ensino-serviço e melhorar a formação pedagógica  
1978 dos docentes. No Pró Saúde 1, foram contemplados os cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem.  
1979 O Pró Saúde 2 passou a ser um programa interprofissional e 354 cursos de graduação já receberam  
1980 recursos do Programa. No caso do PET-Saúde, explicou que são destinados recursos para grupos de  
1981 trabalho e de pesquisa e preceptores e estudantes recebem bolsa. Disse que em janeiro de 2010 foram  
1982 selecionados 111 projetos de 84 IES e 96 Secretarias de Saúde - 461 Grupos PET-Saúde/Saúde da  
1983 Família. Ressaltou que será lançado edital do Pró-Saúde 3 (e PET-Saúde) e o Ministério da Saúde está  
1984 discutindo as diretrizes desse novo Programa. Explicou que serão solicitadas propostas de treinamento  
1985 em Rede de Atenção e não apenas Atenção Básica, devendo incluir, necessariamente, Urgência e  
1986 Emergência. Disse que o projeto terá envolvimento de outras secretarias do MS (SAS, SCT, SGEP e  
1987 SESAI) e a idéia é de projetos que envolvam a Rede de Atenção, com participação das Instituições de  
1988 Ensino e dos gestores locais do SUS. Também informou que foram iniciados estudos de necessidades  
1989 de profissionais de saúde e, nesse sentido, foi criada a Sala de Situação da SGTES, articulada com  
1990 iniciativas semelhantes do MS para reunir dados de educação e trabalho. Explicou que a Sala  
1991 coordenará a Rede de Observatórios de Recursos Humanos e os estudos iniciais serão com médicos e  
1992 enfermeiros. No caso dos médicos, considerar-se-á número de médicos e necessidades dos diversos  
1993 especialistas. Além disso, disse que foram iniciadas pesquisas para conhecer a situação de  
1994 trabalhadores do SUS. Destacou o aumento do número de cursos de medicina nos últimos anos e  
1995 perguntou se serão suficientes para suprir as necessidades da população. Disse que essa é uma  
1996 pergunta difícil de se responder, mas é uma questão necessária e estratégica. Citou, por exemplo, que o  
1997 Brasil possui 1,8 médicos/1000 hab., o que é inferior aos números dos países europeus de 2,5 a 4,5  
1998 médicos/1000 hab. Contudo, salientou que é preciso cuidado ao fazer comparações porque o processo  
1999 de trabalho da equipe é diferente, bem como a estrutura do Sistema, entre outros aspectos. Disse que  
2000 estudo demonstra que, em 2020, o número de médicos aumentará, mas não muito. Contudo, o desafio  
2001 maior é superar as diferenças regionais e destacou que no Rio de Janeiro, por exemplo, são 3,5 médicos  
2002 por 1000 habitantes (muitas vagas em cursos de Medicina) e no Maranhão 0,65 médicos por 1000  
2003 habitantes (poucas vagas em cursos de Medicina). Ressaltou que esses dados iniciais apontam a  
2004 necessidade de aumentar as vagas da Universidade Federal do Maranhão. Também falou das  
2005 pesquisas em desenvolvimento para conhecer a situação de trabalhadores do SUS e destacou as  
2006 seguintes: necessidades de especialistas nas diversas especialidades médicas, perfil da enfermagem  
2007 (FIOCRUZ), perfil dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias (Grupos

da Rede de Observatórios de RH) e perfil dos trabalhadores da urgência e emergência (Hospital Alemão Oswaldo Cruz – PROADI). Explicou que, no Brasil, a Residência Médica tem sido a melhor estratégia para especialização e fixação de médicos. Destacou que, dos egressos da Residência Médica no período entre 1996 e 2005, 82% trabalham na mesma Unidade da Federação. Essa porcentagem variou de 43% (Sergipe) e 64% (DF) a 93% (MT) e 92% (AM). Por isso, Ministério da Saúde e Ministério da Educação apresentaram o Programa Pró-Residências com oferta de bolsas de Residência Médica em regiões e especialidades prioritárias. Detalhou que são Diretrizes para a Residência Médica: a formação de graduação em Medicina e a Residência Médica devem constituir-se em etapas coerentes e articuladas da formação dos médicos; e a Residência Médica deve passar pelo mesmo processo de aprimoramento que o ensino de graduação passou: elaboração de diretrizes curriculares coerentes com as da graduação, aperfeiçoamento dos projetos pedagógicos, avaliação dos programas, integração com o SUS, qualificação do docente/preceptor. Frisou, a propósito, que o Ministério da Saúde apoia a Comissão Nacional de Residência Médica em todas essas iniciativas. Disse que hoje 2.272 médicos residentes recebem bolsas do Ministério da Saúde e, nos próximos quatro anos, pretende-se aumentar esse número para 6.000 por ano. O número de vagas na Residência Médica deve aumentar até ser equivalente ao de médicos formados. Acrescentou que a distribuição das bolsas em especialidades e nas diferentes regiões do país será decidida pela Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Explicou que esta política será realizada em conjunto com as Entidades Médicas e a SAS, identificando os hospitais e serviços de saúde com capacidade de formar residentes e/ou investindo na qualificação destes serviços para que possam ter residência. Ainda sobre as Diretrizes para a formação médica, explicou que, como parte da política de aperfeiçoamento da formação das profissões de saúde, está sendo elaborada portaria conjunta dos Ministros da Saúde e Educação relativa à formação médica, tendo como aspectos centrais: compromisso dos dois Ministérios com a qualidade da formação de graduação e na residência; definição de número de vagas em cursos de graduação necessárias, a partir de estudos de médicos existentes, população do estado e necessidades de saúde; definição da distribuição de vagas nas diversas especialidades médicas e nas diferentes regiões do país sob a coordenação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde; e equiparação progressiva entre número de formandos em Medicina e vagas na Residência Médica. Explicou que o Programa de Residência Multiprofissional tem oito anos de existência, enquanto a Residência Médica, no Brasil, tem 67 anos. Acrescentou que a Residência Médica é um programa muito bem sucedido, havendo atualmente 996 residentes, com bolsas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Com relação à residência multiprofissional ou em outras áreas profissionais, disse que há desafios semelhantes aos da Residência Médica. Disse que o momento é de estabelecer de Diretrizes Curriculares, coerentes com as diretrizes da graduação, criar sistema de avaliação, aperfeiçoar os projetos pedagógicos e investir em programas de desenvolvimento pedagógico e gerencial dos preceptores. Ressaltou ainda que o aumento das vagas deverá ser principalmente para a formação voltada às redes de atenção prioritárias, com distribuição regional equilibrada. Por fim, falou de duas iniciativas importantes do Ministério da Saúde - UNA-SUS e Telessaúde – que receberão nos próximos anos quantidade substancial de recursos. Detalhou que os objetivos da UNA-SUS são os seguintes: criar um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a área da saúde; disponibilizar aos trabalhadores da saúde a oferta de cursos adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e à distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS (principalmente cursos à distância para grande número de pessoas); e criar a Plataforma Arouca, de registro de toda a formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS. Disse que 20.000 profissionais de saúde da estratégia de saúde da família (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) fizeram ou estão fazendo cursos de especialização. Sobre o Telessaúde Brasil, explicou que as atividades são de programas educacionais e de segunda opinião (formativa). Existem núcleos funcionando em nove estados, cinco em implantação em 2011 e até o final de 2012 haverá pelo menos um núcleo em cada Estado. Disse que avaliações já feitas por estes núcleos mostram impacto importante no suporte aos profissionais da atenção básica e diminuição de encaminhamentos. Ressaltou que a proposta de próximos cursos ou módulos da UNA-SUS e do Telessaúde é a seguinte: treinamentos ligados às redes prioritárias de atenção à saúde; especialização em atenção básica e redes de atenção para todas as profissões de saúde que atuam nos NASF; saúde da população negra, campo e floresta e LGBT; e atenção às pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida, deficiência visual, deficiência auditiva e deficiência intelectual. A segunda expositora foi a Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, que fez uma abordagem geral sobre a formação profissional para o SUS. Começou destacando os seguintes pressupostos da sua exposição: nossas formulações teóricas fundamentam nossas ações, uma análise sem fundamentação consistente leva a uma prática sem consistência e a compreensão crítica é fundamental para não escolher errado. Na sua visão, é preciso analisar a educação profissional segundo dois eixos: a) educação como eixo estruturante de vida na sociedade e b) trabalho como eixo fundante da condição humana. Ressaltou que os desafios são comuns ao exercício e à formação profissional, específicos ao

2069 âmbito da formação, que refletirão no exercício profissional futuro e mais visíveis diretamente no  
2070 exercício profissional. Destacou que toda conjuntura política é a continuidade de um movimento  
2071 histórico, não podendo ser compreendida apenas pelos elementos que se delineiam no quadro presente.  
2072 Assim, o Brasil de hoje é o resultado da disputa de projetos políticos materializados pelas diferentes  
2073 classes que atuaram em cada período da história do país. Disse que hoje se vive o problema da  
2074 “universidade operacional” – forma-se para o mercado. Destacou os seguintes marcos pós 1945:  
2075 consolidação do estágio monopolista do capital, ampliação do Estado, Política Educacional acompanha  
2076 movimento das políticas sociais, alargamento da cidadania e diversos níveis de educação. Lembrou que  
2077 a Constituição Federal de 1988, no Artigo 200, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado,  
2078 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros  
2079 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e  
2080 recuperação. Além disso, a Carta Magna cria o Sistema Único de Saúde e define que ao Sistema  
2081 compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na  
2082 área da saúde. Acrescentou que a Lei nº 8.080/1990, Art. 6º, define que estão incluídas ainda no campo  
2083 de atuação do Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos na área de  
2084 saúde. Ressaltou que a ampla participação popular, garantida pela Constituição Federal de 1988, foi  
2085 mantida na forma da lei, mas desmantelada no cotidiano da nação, através de fortes processos de ajuste  
2086 fiscal, privatização do patrimônio público, abertura desenfreada do mercado brasileiro e da  
2087 contrarreforma do Estado brasileiro. Salientou que a operacionalização de um verdadeiro processo de  
2088 ressignificação dos conceitos de público, privado e estatal, no plano político, efetivou no plano jurídico-  
2089 formal o redesenho do Estado brasileiro e, particularmente da educação superior. Falou da “Cultura da  
2090 Crise”, denominada “crise do Estado” (mal gerenciamento e não um processo decorrente da crise de  
2091 acumulação), que insere a educação como atividade não exclusiva do Estado – abre precedentes para a  
2092 desresponsabilidade do Estado, a sua privatização e execução por instituições “não-estatais”. Lembrou  
2093 que nos anos 90 houve um aprofundamento do projeto neoliberal – políticas sociais como saúde,  
2094 previdência, educação, antes implementadas pela ação estatal e com cunho universal foram relegadas,  
2095 com ações focalistas dos estados e ampla abertura para a exploração mercadológica de tais  
2096 necessidades sociais, pautadas na lógica mercantil, com a finalidade do lucro. Ressaltou que na década  
2097 de 90 e início do séc. XXI houve um franco processo de expansão e de mercantilização do ensino  
2098 superior. Disse que o pressuposto é da educação como um “bem público”, sendo, portanto, um direito de  
2099 instituições públicas e privadas, cabendo ao Estado o partilhamento dos recursos públicos. Salientou que  
2100 se naturaliza a entrega de verbas públicas para o setor privado e, ao mesmo tempo, o financiamento  
2101 privado para as IES públicas, em uma explícita diluição de fronteiras entre o público e o privado.  
2102 Salientou que a presença do setor privado na educação superior é predominante, prevalecendo  
2103 instituições não universitárias – não precisam realizar pesquisa, somente transferir conhecimentos -  
2104 faculdades, centros universitários. Destacou que dados do MEC de 2007 mostram que o maior número  
2105 de faculdades (92,5%) e de centros universitários (96,7%) está vinculado ao setor privado – atividades  
2106 menos custosas - enquanto as universidades estão distribuídas em proporção aproximada entre o setor  
2107 público e o privado (52,5% e 47,5%, respectivamente). Ressaltou que a educação, com destaque para o  
2108 ensino superior, é um amplo e lucrativo campo de exploração para grandes grupos empresariais,  
2109 sustentada por elementos ideológicos que justificam tal processo e anulam a concepção de direito  
2110 transformando-a em “serviço”: Falou da Lei de Diretrizes e Bases - LDB (nº 9394), com destaque para  
2111 eliminação dos currículos mínimos x Diretrizes Curriculares, flexibilização curricular, aligeiramento dos  
2112 cursos e alteração nas estruturas das IES - cursos sequenciais, centro universitário, mestrado  
2113 profissionalizante e EAD – em todos os níveis educacionais. Ressaltou que, na atualidade, observa-se  
2114 total desencontro entre a proposta curricular, a formação profissional e a realidade do Brasil,  
2115 particularmente com o SUS. Além disso, a formação profissional é elitista voltada à especialização e ao  
2116 mercado, com exercício profissional no setor privado, obedecendo a lógica de mercado. A formação é  
2117 meramente instrumentalizadora, não garantindo o perfil do profissional crítico, com capacidade para  
2118 apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade.  
2119 Na sua visão, os desafios da formação profissional são os seguintes: Estrutura ministerial: MS x MEC –  
2120 dificuldades de construção de ações interministeriais; Estruturas diferenciadas dos Conselhos de Saúde  
2121 x Educação; Distanciamento da academia x SUS; Articulação entre ensino médio x educação superior x  
2122 Educação Permanente; Articulação ensino-serviço-comunidade e graduação x pós-graduação; e reforma  
2123 curricular que aproxime a formação profissional na área de saúde às demandas do Sistema Único de  
2124 Saúde. Por fim, apresentou as seguintes propostas: definição de processo permanente de avaliação dos  
2125 cursos das profissões de saúde, com participação dos órgãos oficiais e do controle social; intensificação  
2126 de programas de incentivo às IES para promoverem mais ações que contemplem a integração ensino-  
2127 serviço – comunidade; ampliação qualificada, de acordo com as realidades e necessidades regionais,  
2128 dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde; criação do Serviço Civil em Saúde para todas  
2129 as categorias profissionais, tendo como objetivos imediatos e principais a qualificação profissional no

SUS; a institucionalização e reconhecimento/valorização do trabalho multiprofissional em saúde (Proposta nº 03 - Agenda Política do CNS); e profissionalização da Administração e Gestão do SUS (Proposta nº 05 da Agenda Política do CNS). Fechou a sua exposição destacando que "É preciso voltar brutalmente a atenção para o presente tal como é, se sequer transformá-lo" (Gramsci).

**Manifestações.** Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** cumprimentou os expositores e, de início, fez comentários sobre o PET Saúde. Avaliou que o Programa é uma boa iniciativa para aproximar os estudantes dos serviços, mas o fato de trabalhar com instituições de ensino superior dos municípios põe dificuldades para os municípios menores. Assim, defendeu que os projetos do PET Saúde sejam regionalizados e interiorizados, alcançando os municípios menores. Sobre a residência multiprofissional, salientou que é importante levá-las aos municípios, a fim de fixar profissionais nesses locais. A respeito da residência médica, ressaltou que é preciso investir nas especialidades que são carências para o SUS.

Conselheira **Maria Thereza Antunes** saudou os expositores e destacou a importância da reforma curricular adequada às necessidades do SUS. Também manifestou satisfação com o UNASUS porque abarca áreas não contempladas na graduação – saúde da população negra, campo e floresta, LGBT, deficiências. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que as iniciativas apresentadas são importantes, mas é preciso discutir a política de formação profissional considerando o que é necessário modificar na formação dos profissionais de saúde. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** propôs a criação de universidades populares a fim de formar profissionais em locais onde for preciso. Também salientou que é necessário apresentar uma proposta para validar os diplomas dos profissionais brasileiros formados em outros países que podem suprir a falta de profissionais em determinadas regiões do país.

Conselheiro **Ubiratan Cassano** cumprimentou os expositores pelas apresentações e salientou que é preciso modificar o fato de os maiores indicadores de formação concentrarem-se no eixo sul e sudeste. Reconheceu o esforço do governo federal, nos últimos anos, para desenvolver universidades no interior do país, mas frisou que essa iniciativa não resolveu o problema. Por isso, salientou que é importante priorizar a fixação de profissional no interior para resolver o acesso universal. Por fim, reiterou a proposta de priorizar a residência em saúde da família.

Conselheira **Jurema Werneck** também saudou os expositores e destacou a importância de recolocar no debate a defesa do público como sinônimo de democracia. Sobre a formação, citou que 90 cursos de Direito não formam profissionais adequados. Também destacou que é necessária maior atenção para a formação dos profissionais de nível técnico, que é a maioria dos profissionais de saúde. Por fim, cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa de formação voltada à saúde da população negra, campo e floresta e LGBT e pessoas com deficiência.

Conselheiro **Volmir Raimondi** chamou a atenção para o problema das especialidades e salientou que é importante priorizar a formação de médicos generalistas, com foco na saúde da família. Também perguntou qual é a proposta do Ministério da Saúde para revalidar os diplomas dos médicos formados no exterior.

Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** saudou os expositores e perguntou ao Conselheiro Milton Arruda qual a estratégia do governo para a reforma curricular dos cursos de graduação da saúde.

Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou as respostas da SGTES/MS às demandas da sociedade e concordou que é preciso debater a questão dos profissionais de nível médio. Ressaltou ainda que o provimento de profissionais é um problema recorrente nos municípios menores e nas grandes cidades. Também disse que é preciso integrar as necessidades sociais à formação profissional, considerando o perfil dos estudantes.

Conselheira **Maria do Socorro de Souza** salientou a importância da abordagem multidisciplinar na formação dos profissionais de saúde e de maior atenção aos agentes comunitários de saúde e aos profissionais que atuam nas bases. No mais, destacou que é preciso pensar a concepção de interiorização de profissionais de saúde com enfoque nos jovens do interior que desejam concluir um curso superior e permanecer no seu local de origem.

Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, primeiro, reiterou os cumprimentos ao Ministério da Saúde pela prioridade à saúde da população negra, campo e floresta, LGBT e pessoas com deficiência. Também perguntou como abordar a função social da formação, no âmbito do setor privado, que é voltada ao mercado. Registrou a ausência do MEC nesse debate e em outras discussões importantes e salientou que é importante modificar essa situação. Registrou que esse é um marco para efetivar a mudança na educação em saúde e modificar situações como atendimentos discriminatórios.

Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que o MEC participa ativamente da CIRH onde essa e outras questões relativas à formação são debatidas. Falou do seu otimismo diante das propostas de mudança e destacou a preocupação com o perfil dos profissionais a serem formados. Colocou o entendimento de que os profissionais não precisam necessariamente passar por especialização para inserir-se no campo de trabalho. Destacou a importância de o CNS continuar com o seu papel importante na formação e que o trabalho da Comissão seja visto como qualificado e a serviço desse processo de mudança.

Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, considerando a relevância do tema, salientou que é preciso pautá-lo novamente aprofundando o debate sobre outros pontos como serviço civil. Além disso, lembrou que, após o retorno da mesa, seria submetida à apreciação do Pleno uma proposta de resolução relativa ao tema em debate.

**Retorno da mesa.** Conselheiro **Milton Arruda**

2191 iniciou a sua intervenção destacando que a formação técnica assume um papel estratégico e  
2192 fundamental. Assim, sugeriu que o CNS convide a prof.<sup>a</sup> Clarice Ferraz, coordenadora do Ensino  
2193 Técnico, para abordar o tema. Concordou com a ideia de convidar municípios pequenos que não  
2194 possuem instituições de ensino superior para definir rede visando desenvolver programa de residência  
2195 ou receber alunos das diversas profissões da saúde. Sobre a fixação de profissionais, destacou que os  
2196 fatores principais de fixação são desenvolvimento econômico da região, carreira profissional e residência  
2197 médica, no caso dos médicos. Disse que o país está longe das mudanças desejáveis na graduação,  
2198 apesar dos passos importantes nesse sentido. Também ressaltou que há várias experiências sobre a  
2199 participação dos usuários na integração ensino serviço e, na sua avaliação, incluir o usuário na avaliação  
2200 do desempenho do estudante e do profissional é um forte e importante elemento indutor de mudança.  
2201 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que a mudança cultural demanda tempo, mas é preciso  
2202 iniciar o caminho, como vem sendo feito. Ratificou a importância de pautar debate sobre a formação  
2203 técnica e também a Política Nacional de Educação. Sobre a interiorização, disse que é preciso fazer a  
2204 conquista ideológica para o SUS, aproximando-se da realidade. Também falou da proposta da UFRJ de  
2205 curso de serviço social, voltado ao MST, com metodologia diferenciada. Sobre os médicos formados em  
2206 Cuba, explicou que a universidade federal do Ceará está estruturando-se para certificação. Disse que é  
2207 preciso avançar na construção da saúde e da educação como direito, desmercantilizando no que for  
2208 possível. Salientou ainda que é preciso avançar na redemocratização do ensino superior, mas com  
2209 qualidade. Como encaminhamento, sugeriu repautar o tema da formação profissional com foco em  
2210 outras vertentes e convite ao MEC e à representação da graduação e pós-graduação. Conselheiro  
2211 **Milton Arruda** solicitou aparte para destacar que o Ministério da Saúde tem debatido a formação na  
2212 saúde com o MEC. A seguir, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou minuta de  
2213 recomendação com o seguinte teor: “o CNS resolve: 1) Determinar que o Ministério, da Saúde, em  
2214 conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, aperfeiçoe os mecanismos de integração ensino-  
2215 serviço, para que o Sistema Único de Saúde assuma cada vez mais o seu papel de formar, qualificar e  
2216 oferecer educação permanente a todos os trabalhadores e profissionais de saúde, transformando-se  
2217 progressivamente, em Sistema Único de Saúde Escola; 2) Recomendar que o Ministério da Saúde  
2218 continue sua ação conjunta com o Ministério da Educação no sentido de aprimorar a qualidade dos  
2219 cursos de graduação das profissões da saúde, aperfeiçoando os processos de autorização,  
2220 reconhecimento e renovação de reconhecimentos dos cursos; 3) Recomendar que o Ministério da  
2221 Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, desenvolva iniciativas para garantir a qualidade dos  
2222 programas de residência médica multiprofissional, com ênfase na elaboração de diretrizes curriculares  
2223 coerentes com as diretrizes curriculares da graduação, avaliação dos programas e desenvolvimento  
2224 docente; 4) Recomendar que os programas de residência multiprofissional em áreas profissionais da  
2225 saúde sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção prioritárias  
2226 para o sistema único de saúde e com distribuição equilibrada nas diversas regiões do país; 5) Aprovar a  
2227 continuidade e a ampliação do financiamento de programas de residência médica, priorizando as  
2228 especialidades mais necessárias para a atenção à saúde e corrigindo as disparidades regionais; 6)  
2229 Aprovar a continuidade dos programas do Ministério da Saúde de estímulo às mudanças nos cursos de  
2230 graduação da área da saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, recomendando que eles tenham  
2231 ênfase nas redes prioritárias de atenção à saúde e na formação para o trabalho em equipe  
2232 multiprofissional; e 7) Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número  
2233 de profissionais que devam ser formados anualmente, em todas as profissões da saúde, para atender às  
2234 necessidades da sociedade brasileira. Concluída a apresentação, houve uma rodada de intervenções e  
2235 foram feitas, entre outras, as seguintes sugestões: incluir no item 4 da resolução a formação de  
2236 profissionais em vigilância em saúde; adiar a aprovação da resolução para a próxima reunião  
2237 possibilitando debate dos segmentos; contemplar no texto a questão do tutor e do preceptor; contemplar  
2238 a articulação intersetorial nas ações de saúde; e rever o texto da resolução visto que há itens objetos de  
2239 recomendação e moção. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito da resolução e decidiu votar o**  
2240 **texto na próxima reunião do CNS. As sugestões à resolução deverão ser entregues à Conselheira**  
2241 **Eliane Cruz que fará as mudanças necessárias e concluirá o texto para apreciação do Pleno.** Com  
2242 essa deliberação, a mesa agradeceu os expositores e encerrou esse debate. **ITEM 04 – COMISSÃO**  
2243 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - APROVAÇÃO DE PARECERES DA CIRH –**  
2244 *Composição da mesa: Rozângela Fernandes Camapum, Secretária-Executiva do CNS; Conselheira*  
2245 **Graciara Matos de Azevedo, da CIRH/CNS. Coordenação: Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, da**  
2246 **Mesa Diretora do CNS. Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum,**  
2247 **falou do Seminário de Residência Multiprofissional, previsto para os dias 29 e 30 de setembro de 2011.**  
2248 **Explicou que o recurso destinado no orçamento do CNS de 2011 para a realização do evento foi de R\$**  
2249 **250 mil, mas o custo da atividade será R\$ 650 mil, tendo em vista o público alvo de cerca de 500**  
2250 **pessoas (residentes de todo o país, Comissões de Residências Multiprofissionais de Saúde, CNS, CIRH,**  
2251 **Câmaras Técnicas, Comissões de Avaliações, CONASS, CONASEMS, CES e Fóruns de Residentes).**

2252 Explicou que o CNS dispõe de recurso para custear essa diferença, tendo em vista o adiamento da  
2253 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Detalhou que as vagas serão distribuídas da seguinte forma:  
2254 Comissões de Residências – 324 vagas; CNS – 55 vagas, sendo: Plenário – 4 vagas, CIRH – 7 vagas,  
2255 Fóruns de Residentes – 17 vagas e CES – 27; Câmaras Técnicas – 24 vagas; Comissões de Avaliações  
2256 – 24 vagas; CONASS – 5 vagas; e CONASEMS – 5 vagas. Acrescentou que o DGTES/MS financiará as  
2257 passagens dos participantes, com exceção do CONASS, CONASEMS e Conselhos Estaduais e o CNS  
2258 financiará a estrutura do Seminário. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou que a divisão de  
2259 vagas visou priorizar a participação dos residentes de todo país. Conselheira **Maria de Lourdes**  
2260 **Rodrigues** registrou a sua surpresa com o aumento abrupto do custo do seminário e perguntou os  
2261 motivos disso e também defendeu a ampliação das vagas para o Plenário. Conselheira **Fernanda Lou**  
2262 **Sans Magano** sugeriu que haja negociação para ampliar as vagas do CNS no Seminário e perguntou se  
2263 é possível participar do evento com custeio próprio. Conselheiro **Willen Heil e Silva** defendeu a  
2264 ampliação do número de vagas para o CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** também manifestou  
2265 a sua preocupação com o custo do Seminário. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**  
2266 **Camapum**, explicou que o debate sobre a realização do Seminário iniciou-se em 2010 e a idéia inicial  
2267 era de custeio conjunto do MEC, MS e CNS. Contudo, nesse momento, não havia definição sobre o  
2268 formato do evento. Em abril de 2011, ao apresentar a proposta orçamentária do CNS 2011, foi proposta  
2269 e aprovada pelo Pleno a destinação de R\$ 250 mil para o Seminário (após definição de orçamento das  
2270 ações prioritárias do CNS). Disse que, em junho de 2011, a comissão organizadora do Seminário definiu  
2271 o formato do evento (437 participantes, plenária e grupos de trabalho) e, na oportunidade, o MEC  
2272 informou que a impossibilidade de contribuir no custeio do Seminário. Diante dessa situação, foi sugerido  
2273 que o CNS arcasse com R\$ 650 mil e MS com R\$ 650 para custear as despesas de infraestrutura e  
2274 passagens, garantindo a realização do Seminário. Disse que esse valor é uma média feita com base em  
2275 eventos anteriores. No caso das vagas, explicou que é possível diminuir as vagas dos CES (indicação  
2276 por regiões) para ampliar as vagas do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que o  
2277 CNS deve ter representação política no seminário para levar as suas decisões e nortear o debate.  
2278 Conselheira **Jurema Werneck** destacou que é preciso considerar nesse debate o objetivo do Seminário,  
2279 o custo e o número de participantes. Conselheira **Marisa Furia Silva** ponderou a possibilidade de adiar o  
2280 seminário para 2012, caso não houvesse prejuízos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu a  
2281 realização do seminário na data prevista, por entender que o contrário significaria uma derrota para o  
2282 CNS e uma vitória daqueles contrários à realização. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que  
2283 o CNS aprove a realização do seminário conforme proposto e o Ministério da Saúde se dispõe a dialogar  
2284 com o MEC no sentido de resolver os impasses impeditivos para realização da atividade. Conselheiro  
2285 **Francisco Batista Júnior** ponderou sobre a possibilidade de realizar o seminário nos dias 12 e 13 de  
2286 setembro de 2011, próximo à reunião ordinária do CNS do mês de setembro. Conselheiro **José Marcos**  
2287 **de Oliveira** lamentou que esse debate estivesse ocorrendo naquele momento (no final da reunião),  
2288 considerando-se tratar de um tema importante que envolve questões políticas e financeiras. Também  
2289 sugeriu que o Ministério da Saúde se reunisse com o Ministro da Educação para tratar das questões  
2290 levantadas no debate, inclusive a participação do MEC no seminário. Conselheira **Ruth Ribeiro**  
2291 **Bittencourt** explicou que há um ano o CNS participa e acompanha a preparação do seminário e,  
2292 naquele momento, seria necessária modificação acerca do financiamento. Sobre as vagas, sugeriu  
2293 redefinir a distribuição das vagas destinadas ao CNS visando fortalecer a participação desse Colegiado.  
2294 A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a previsão inicial era  
2295 700 participantes no Seminário e a redução desse número foi uma árdua tarefa. Disse que não é  
2296 possível garantir a participação de outros conselheiros, mesmo sem custo para o Conselho, visto que o  
2297 aumento do número de participantes interfere na estrutura do evento. Ressaltou que o CNS teria que  
2298 definir essa questão naquela oportunidade a fim de garantir o prazo para as providências. Lembrou que  
2299 a proposta inicial era realizar o seminário em 2010, mas isso não foi possível por uma série de fatores e  
2300 a sua realização nesse momento seria estratégica por conta dos problemas que ocorrem no país. A  
2301 integrante da Comissão Organizadora do Seminário, **Ana Cristhina Brasil**, apelou ao CNS pela  
2302 realização do Seminário haja vista as dificuldades enfrentadas na organização do evento e os problemas  
2303 enfrentados acerca da residência. Após os esclarecimentos, Conselheira **Marisa Furia Silva** concordou  
2304 com a importância de realizar o seminário em 2011, com ampla participação do CNS. Conselheira **Eliane**  
2305 **Aparecida da Cruz** explicou que Ministério da Saúde e MEC têm condições de resolver a pendência nos  
2306 próximos dias. Assim, sugeriu que o CNS aprove a data do seminário e defina as vagas, considerando o  
2307 compromisso do Ministério da Saúde de trazer o MEC para participar politicamente e financeiramente do  
2308 seminário. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** propôs que esse tema seja pauta da próxima  
2309 reunião com a participação do MS, MEC e CNS. Após essas falas, a mesa encaminhou as propostas. A  
2310 Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que essa proposta pode ser  
2311 contemplada no ponto de pauta da 14ª CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ponderou que esse  
2312 tema será pauta da CIRH. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** defendeu a ampliação das vagas do

CNS, garantindo a participação dos Conselhos Estaduais de Saúde. **Deliberação: aprovada a realização do Seminário nos dias 29 e 30 de setembro de 2011 e a ampliação das vagas para o CNS. O Ministério da Saúde negociará com o MEC a participação deste Ministério no seminário (política e financeira). Com essa definição, a Secretaria-Executiva procederá à elaboração do Termo de Referência para realização do seminário.** Definido esse ponto, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** procedeu à apresentação dos pareceres elaborados pela CIRH/CNS e encaminhados no prazo regimental aos conselheiros. Os pareceres são os seguintes: **1) Referência:** Processo nº 201010968. **Interessado:** Universidade Federal de Campina Grande. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. **Parecer:** Satisfatório. **2) Referência:** Processo nº 201102665. **Interessado:** Faculdades Integradas Padre Albino. **Curso:** Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. **Parecer:** Satisfatório. **Deliberação: os dois pareceres foram aprovados por unanimidade.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou que os relatórios das visitas técnicas à Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, em Campinas/SP e à Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos, Dr. Paulo Prata, em São Paulo, seriam apresentados na próxima reunião, tendo em vista o avançado da hora. Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou mapa das conferências estaduais e municipais (já realizadas, marcadas e com data a ser definida). Disse que são 2939 conferências e as situações mais graves são: Bahia com 416 municípios e 117 conferências; Goiás com 246 municípios e 47 conferências; Maranhão com 217 municípios e 77 conferências; Minas Gerais com 852 municípios e 250 conferências; Piauí com 222 municípios e 89 conferências; Santa Catarina com 293 municípios e 65 conferências; e São Paulo com 645 municípios e 61 conferências. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu entrar em contato com os Presidentes do CES/MG e CES/SP e as Secretarias Estaduais de Saúde para negociar a ampliação do prazo das conferências municipais, se necessário, modificando as datas da Conferência Estadual. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu fazer um movimento no Congresso do CONASEMS para incentivar a realização das conferências municipais. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** propôs que fosse feita referência à importância da realização das conferências municipais na mesa de abertura do Congresso e que se trabalhe com a hipótese de ampliação de prazo. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** sugeriu a aprovação de resolução do CNS possibilitando a ampliação dos prazos para realização das conferências municipais. **Após novas considerações, o Pleno decidiu fazer um movimento no Congresso do CONASEMS para incentivar a realização das conferências municipais.** Além disso, a Secretária-Executiva do CNS apresentou as seguintes questões: a) A SE/CNS propõe que as Comissões do CNS se reúnam até no máximo dia 14 de outubro de 2011, tendo em vista a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde. **Não houve manifestações contrárias.** b) **Curso EAD: "Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos". Realização: CNS, SGEF e FIOCRUZ.** Processo Seletivo para Tutores. Início: fevereiro/2012. Inscrição: de 4 a 29 de julho de 2011. Edital no servidor. **Não houve deliberação.** **Informes** – Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que o Conselho Municipal de Lagarto/SE encaminhou denúncia de intervenção do prefeito no CMS, com destituição dos conselheiros e instituição de novo Conselho. Segundo o CMS, essa intervenção foi motivada pela não aprovação das contas do município, pelo Conselho. Disse que o CES/SE e MP foram acionados, mas não se manifestaram a respeito, assim, diante da gravidade, o CNS deve tomar posição. **Deliberação: o CNS solicitará manifestação do SES/SE, CMS e CES sobre a denúncia do CMS de Lagarto/SE.** Conselheiro **Geraldo Vasconcelos** informou a sua participação na solenidade de entrega de equipamentos do PID, dia 19 de julho de 2011, aos municípios do Rio Grande do Norte, que contou com a participação de autoridades e do movimento social. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** comunicou que participara da Conferência Municipal de Joinville e participará da Conferência Municipal de Campo Grande. Além disso, a Secretária-Executiva do CNS comunicou que o texto da Resolução nº. 333 está em processo final de revisão para ser colocado em consulta pública. Além disso, comunicou que o funcionário responsável por emitir a passagem também fará a prestação de contas. Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou a sua participação nas conferências municipais de Pernambuco. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** informou a sua participação no Fórum municipal de saúde LGBT, preparatório da Conferência Municipal de Saúde de Vitória, e na abertura da Conferência Municipal de Guarulhos. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** comunicou que participara da Conferência Municipal de Lagoa da Prata/MG e que não pôde fazer a exposição na Conferência de São Paulo, por conta de atraso no voo. Registrou que também se iniciava naquele dia a conferência municipal de Juiz de Fora/MG. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** registrou que representara o CNS em evento do FEMAMA, dia 30 de junho, onde foram apresentadas as mudanças no processo de rastreamento do câncer de mama. Disse que na oportunidade foi entregue documento com as considerações das instituições frente ao apresentado pelo MS e, após resposta do Ministério, o documento será trazido ao CNS. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, a Secretária-Executiva do CNS encerrou os trabalhos da 223ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Arilson da Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis**



2374 A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Francisco Batista Júnior,  
2375 Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, José Cechin, José  
2376 Marcos de Oliveira, Junéia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lérída Maria S. Vieira, Luiz  
2377 Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Socorro  
2378 de Souza, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira  
2379 Andrade, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Rosângela da Silva Santos,  
2380 Ruth Ribeiro Bittencourt, Solange Aparecida Caetano, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi  
2381 e Wilen Heil e Silva. *Suplentes*: Ana Maria R. da Silva, Bruno Metre Fernandes, Eliane Aparecida da  
2382 Cruz, Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, José Naum de Mesquita Chagas, Juares  
2383 Pires de Souza, Júlio A. Gevaerd, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Maria Laura  
2384 Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita,  
2385 Paulo César Augusto de Souza, Ronald Ferreira dos Santos e Verônica Lourenço da Silva.