



1  
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
4  
5

6 ATA DA DUCENTÉSIMA VIGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL  
7 DE SAÚDE – CNS  
8  
9

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

56 **SAÚDE E MIGRAÇÃO: ACESSO A SAÚDE DO ESTRANGEIRO NO BRASIL.** *Indicação de três*  
57 *conselheiros, paritariamente. Um trabalhador: Solange Aparecida Caetano; um gestor: Luís Carlos*  
58 *Bolzan; e um usuário: Abrahão Nunes da Silva. E - INDICAÇÃO DE REPRESENTANTE PARA*  
59 *PARTICIPAR DE AUDIÊNCIA PÚBLICA NA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS/SENADO PARA*  
60 *DISCUTIR O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL. Convidados: CONASEMS, CONASS, MS,*  
61 *MP, CNS e Sanitarista, Áquillas Mendes. O Senado Federal ainda não definiu a data da audiência.*  
62 *Indicação: Conselheiro Fernando Luiz Eliotério. F - INDICAÇÃO DE REPRESENTANTE DOS*  
63 *USUÁRIOS PARA PARTICIPAR NA QUALIDADE DE "CONVIDADO" DAS REUNIÕES DO "COMITÊ*  
64 *ASSESSOR DE POLÍTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DOS CUIDADOS DA OSTEOPOROSE*  
65 *E DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA". Indicação: Conselheiro Geraldo Adão Santos. G -*  
66 *DIÁLOGOS ON-LINE SOBRE A 14ª CNS (CONVÊNIO SGEPE UFMG).* *Indicação para o Comitê*  
67 *Gestor: um trabalhador, um gestor e dois usuários. Conselheira Júlia Maria Roland explicou que o papel*  
68 *do Comitê gestor é elaborar as perguntas a serem colocadas em debate, propor painelistas para redigir*  
69 *textos sobre os temas em debate, além de organizar biblioteca virtual de aprofundamento dos temas.*  
70 *Indicações: um trabalhador: Conselheiro Francisco Batista Júnior; um gestor: Júlia Maria Roland e*  
71 *Gilson Cantarino; e dois usuários: Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues e Conselheiro Clóvis*  
72 *Boufleur. Extra: Congresso da Associação Brasileira de Odontologia. Local: Rio de Janeiro. Data:*  
73 *21 de julho de 2011. Indicação: Conselheiro Geraldo Alves Vasconcelos. PROGRAMAÇÃO DO CNS*  
74 *PARA A TV CANAL SAÚDE – A Secretária-Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum,*  
75 *apresentou uma proposta preliminar de programação do CNS para a TV Canal Saúde. Começou*  
76 *explicando que os Programas Integrantes da Grade do Canal Saúde para 2011 são os seguintes:*  
77 *Produção de série "Sala de Convidados" (três entrevistas de 26 minutos); Programa ao vivo interativo de*  
78 *60 minutos com os temas a serem definidos pelo Conselho Nacional de Saúde; e quatro debates*  
79 *(mensais) sobre o tema da 14ª CNS. Também disse que foram demandadas novas produções para*  
80 *2011, quais sejam: documentário sobre a história das conferências no Brasil; transmissão de*  
81 *consolidado das sessões do Conselho Nacional de Saúde; e interprograma (chamada) sobre o Controle*  
82 *Social. Para 2012, explicou que foram demandadas as seguintes produções: Programa no Canal Saúde*  
83 *na Estrada (município/estado); Telecurso para conselheiros de saúde; Sala de convidados (4); Programa*  
84 *ao vivo interativo (2); transmissão de consolidado das sessões do Conselho Nacional de Saúde; e*  
85 *Interprograma (chamada) sobre o Controle Social. Disse que essa proposta preliminar fora apresentada*  
86 *ao Canal Saúde e inicialmente aceita, mas necessitava da aprovação do CNS. Por fim, destacou que*  
87 *seria necessário formar um comitê ou delegar à CICIS o acompanhamento da programação. A seguir,*  
88 *houve uma rodada de manifestações e emergiram as seguintes propostas: que a Comissão de*  
89 *Educação Permanente para o Controle Social acompanhe a programação do CNS para o Canal Saúde;*  
90 *que o CNS inicie diálogo com o Ministério da Saúde no sentido de garantir um canal de TV exclusivo*  
91 *para a área da saúde; que o CNS solicite uma programação para a saúde na TV Brasil; e que a*  
92 *programação do CNS para a TV Canal Saúde seja revista na lógica de tratar de temas polêmicos como*  
93 *planos privado de saúde, ações terapêuticas, aborto, entre outros. Retorno da mesa.* Conselheiro  
94 **Francisco Batista Júnior** explicou que a programação foi elaborada de forma a contemplar os mais  
95 diversos e abrangentes temas relativos ao controle social e à atuação do CNS. Também apoiou a  
96 proposta de iniciar diálogo com o Ministério da Saúde no sentido de garantir um canal de TV para a  
97 saúde. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, esclareceu que o Pleno do  
98 CNS e a Mesa Diretora do CNS definirão o tema e o conteúdo das entrevistas. No mais, reiterou que se  
99 trata de uma proposta preliminar e, posteriormente, será definido o formato da programação.  
100 **Deliberação: aprovado o formato da programação do CNS para a TV Canal Saúde**  
101 (*posteriormente, o Pleno definirá como será a participação do CNS*). Além disso, acordou-se que  
102 o CNS iniciará negociação visando garantir programação para a saúde na TV Brasil e diálogo com  
103 o Ministério da Saúde no sentido de viabilizar a proposta de um canal de TV para a saúde.  
104 **RESOLUÇÃO ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL** – Conselheira **Eliane Aparecida da**  
105 **Cruz** avaliou que o debate sobre análise situacional da saúde no Brasil, na última reunião do CNS,  
106 ocorreu na linha de análise de conjuntura, sendo desnecessário aprovar uma resolução a respeito.  
107 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** avaliou que o produto de debates do Conselho deveria ser indicação do  
108 Pleno e os temas mais relevantes e possíveis de serem executados deveriam tornar-se resolução.  
109 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** acrescentou que nem todos os temas debatidos no CNS eram  
110 passíveis de resolução, como o caso. **Deliberação: a resolução sobre análise situacional da saúde**  
111 **no Brasil foi retirada. As apresentações feitas durante a análise situacional da saúde no Brasil**  
112 **serão divulgadas no site do CNS. RESOLUÇÃO DO GT TUBERCULOSE** – Conselheiro **José Marcos**  
113 **de Oliveira** explicou que a nova proposta de resolução atende ao objetivo para a qual se propôs, tendo  
114 sido objeto de contribuições. Dito isso, fez a leitura da proposta de resolução cujo texto é o seguinte:  
115 “considerando que o enfrentamento da tuberculose está na agenda de prioridades das políticas públicas  
116 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 4<sup>a</sup> causa de morte por doenças infecciosas e a 1<sup>a</sup> causa de morte das pessoas vivendo com HIV/AIDS; considerando ainda que o controle da tuberculose baseia-se 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 coinfecção 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, privadas de liberdade, indígenas e pessoas vivendo com o HIV/AIDS, são as mais atingidas por essa patologia, aponta-se a 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 a realização e ampliação da bacilosкопia 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 coinfecção TB/HIV, visando a 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 coinfecção 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 Pernamente do Ministério da Saúde. 10. Expandir a política de pesquisa sobre tuberculose no Brasil. 11. Desenvolver ações que respeitem as especificidades das comunidades empobrecidas, 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. Contemplar o conceito e as ações de prevenção à tuberculose por meio de intervenções urbanas, a exemplo das obras do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC. 14. Que o Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e o CNAS acompanhem a execução do Programa de Controle da Tuberculose regularmente, por meio de relatórios anuais que deverão ser elaborados pelo PNCT. 15. Que o Ministério da Saúde garanta a continuidade das ações executadas pelo Projeto Fundo Global/Tuberculose Brasil, com término em 2012. 16. Garantir a produção e veiculação de campanhas de massa voltadas à Prevenção, Educação e Sensibilização sobre Tuberculose, com caráter permanente." Após a leitura, os conselheiros fizeram as seguintes considerações sobre o texto da resolução e sobre o tema: definir estratégia para acompanhar as populações vulneráveis em tratamento para evitar a interrupção; incluir população negra entre as populações vulneráveis visto que possui alta taxa de incidência e mortalidade duas vezes maior que a população branca; reelaborar o item 14, clarificando as tarefas do Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e CNAS; substituir a redação do item 13 por "Garantir que as ações e o controle de prevenção da tuberculose serão priorizadas nas ações de desenvolvimento econômico social, a exemplo do Plano de Aceleração do Crescimento – PAC" e a redação do item 15 por "Que o Ministério da Saúde garanta e normatize as ações executadas por projetos vinculados a organismos de apoio técnico-científico de instituições bi e multilaterais"; rever o texto da resolução, inclusive com substituição de verbos como "garantir", "desenvolver", visto que não são atribuições do CNS; e contemplar a questão da transversalidade. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito da resolução e decidiu reelaborar o texto, a partir das proposições dos conselheiros, para ser reapresentado ao Pleno. PROPOSTA**

178 **DE RECOMENDAÇÃO DA CIAN** – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,  
179 apresentou minuta de recomendação, elaborada pela CIAN/CNS, com o seguinte teor: “Considerando  
180 que a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGAN é a unidade do Ministério da  
181 Saúde responsável pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN no  
182 âmbito do Sistema Único de Saúde; Considerando a relevância da contribuição da nutrição e da saúde  
183 no alcance da segurança alimentar e nutricional do país, das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde e  
184 no Programa Mais Saúde, da participação da nutrição e da alimentação na determinação da doença;  
185 Considerando que a obesidade afeta mais de 50% da população adulta brasileira e que há um aumento  
186 expressivo da obesidade nas crianças e adolescentes, com prevalências superiores a 12% entre  
187 meninos e meninas; Considerando que as ações desenvolvidas alicerçam as diretrizes da PNAN, sendo  
188 os recursos orçamentários destinados prioritariamente às ações de promoção da alimentação saudável,  
189 prevenção e controle de carências nutricionais específicas, vigilância alimentar e nutricional e a atenção  
190 nutricional em especial na atenção primária à saúde; Considerando que houve uma evolução positiva de  
191 recursos da CGAN, de 2005 a 2010, sendo que a execução orçamentária durante os últimos cinco anos  
192 ficou em torno dos 95,37%; e Considerando, ainda, que a formulação do atual Plano Plurianual (PPA)  
193 2012-2015 permite a distribuição de programas, projetos e atividades desenvolvidos pelo Governo  
194 Federal de modo mais intersetorial. O CNS recomenda: 1) Ao Ministério da Saúde especial atenção às  
195 atividades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição expressas no Programa Temático de  
196 Segurança Alimentar e Nutricional, cujos recursos orçamentários continuarão sobre provisão do  
197 Ministério da Saúde, sendo a previsão necessária para alcance dos resultados pretendidos no valor de  
198 R\$ 124.800.000,00 (cento e vinte e quatro milhões, oitocentos mil reais); e 2) Que sejam previstos  
199 recursos orçamentários para o enfrentamento da epidemia de obesidade no país no Programa Temático  
200 de Aperfeiçoamento do SUS, no valor de R\$ 125.046.690,00 (cento e vinte e cinco milhões, quarenta e  
201 seis mil e seiscentos e noventa reais).” Concluída a leitura, foram feitas, dentre outras, as seguintes  
202 considerações: não votar a resolução, visto que é preciso rever dados defasados, ratificar informações,  
203 reelaborar os considerandos, entre outros aspectos; excluir os valores da resolução porque não cabe  
204 nesse documento; incluir recomendação para exclusão da gordura vegetal hidrogenada e margarina dos  
205 alimentos; e pautar debate na CIAN sobre o não cumprimento da resolução do CNS sobre a publicidade  
206 de alimentos e retomar esse debate no CNS. Tendo em vista a falta de consenso sobre o “resolve” e o  
207 pedido de revisão dos considerandos, Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu um diálogo entre a  
208 coordenação da CIAN e o governo para reelaborar o texto e apresentá-lo na próxima reunião do CNS.  
209 **Deliberação: o Pleno decidiu adiar a votação da recomendação da CIAN tendo em vista a**  
210 **necessidade de revisão dos considerandos. O texto será reapresentado na próxima reunião do**  
211 **CNS para deliberação.** **PROPOSTA DO CONSELHO EDITORIAL DA REVISTA DO CNS** - A  
212 Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que o Conselho Editorial da  
213 Revista do CNS reuniu-se e não houve consenso sobre o espaço Opinião. Na visão do Conselheiro  
214 **Francisco Batista Júnior**, a revista deve explicitar a opinião do Conselho sobre temas diversos, mas  
215 não divulgar opinião contrária à deliberação do CNS. No entendimento do Conselheiro **Alcides Silva de**  
216 **Miranda**, devem ser contempladas posições diversas, mesmo que contrárias à deliberação do CNS.  
217 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou que o tema não fosse objeto de debate e decisão  
218 naquele momento, pois precisaria debater com o segmento dos trabalhadores posição a respeito.  
219 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou que esse tema não necessitaria de debate nos  
220 segmentos e o Pleno poderia definir naquele momento a linha da Revista. A seguir, houve manifestações  
221 de defesa das duas propostas e não foi possível chegar a consenso. Sendo assim, a Secretária-  
222 Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, colocou em votação as duas propostas – abrir o  
223 debate naquele momento ou pautar na próxima reunião – e o Pleno decidiu debater o assunto naquele  
224 momento. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que essa é uma discussão importante  
225 porque considera a concepção da pluralidade e diversidade do CNS. Explicou que a linha editorial da  
226 Revista será definida com base nas deliberações do CNS, mas o item “Opinião” expressará a pluralidade  
227 de opiniões e suscitará debates. Nesse sentido, salientou que é preciso garantir a expressão das  
228 diversas opiniões mesmo as contrárias à posição do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
229 destacou que os instrumentos de comunicação do CNS devem ser o mais amplo, transparente e  
230 representativo possível. Porém, disse que lhe preocupava movimentos feitos de forma não legítima para  
231 retomar debates de temas já definidos. Avaliou que a Revista deve ter espaço para todos os temas,  
232 inclusive aqueles sobre os quais o CNS posicionou-se (a favor ou contra). Esclareceu que a sua  
233 preocupação referia-se à possibilidade de um instrumento oficial do CNS, no caso a Revista, abrir um  
234 ponto de vista a favor ou contra um tema que o CNS tem posição contrária. Conselheiro **Milton de**  
235 **Arruda Martins** destacou que a grande força do CNS é a pluralidade e esta característica deve ser  
236 mantida nas reuniões e nos meios de comunicação do CNS. Ressaltou que a linha editorial da Revista  
237 reflete a posição do CNS e é preciso contemplar opiniões divergentes acerca de temas sobre os quais o  
238 Conselho tenha deliberação ou não. Portanto, defendeu que a Revista conte com 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. Registrhou, 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 Secretaria-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 2012-2105 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

361 conta dessa fala, a mesa ratificou a metodologia do debate: leitura dos objetivos, iniciativas e metas com  
362 observações e, ao final, apresentação e apreciação de destaques dos conselheiros. Nesse momento,  
363 assumiu a coordenação dos trabalhos o Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da  
364 Saúde e Presidente do CNS. Seguindo a metodologia definida, o representante da SPO, **Airton**  
365 **Galiciano**, continuou a leitura. **Iniciativa 17:** Reordenamento do processo de certificação das entidades  
366 benéficas de assistência social na área da saúde, na perspectiva da oferta da atenção à saúde  
367 integrada às políticas prioritárias, garantido o acesso com qualidade. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento  
368 da Rede de Atenção integral a saúde para comunidades quilombolas e tradicionais.  
369 *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplada no Objetivo de Relação Federativa (iniciativa 4); além  
370 disso, possui ação orçamentária específica (8215 - Atenção à Saúde das Populações Quilombolas).  
371 *Sugestão do CNS:* Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de promoção da equidade e de  
372 enfrentamentos às disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia no  
373 âmbito do SUS. *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplado no Objetivo de Relação Federativa  
374 (iniciativa 4); além disso, possui ação orçamentária específica (8709 - Promoção da Equidade em Saúde  
375 de Populações em Condições de Vulnerabilidade). *Sugestão do CNS:* Implementação e Expansão para  
376 todo o país do Programa de Triagem Neonatal aumentando o número de triagens e de doenças a serem  
377 diagnosticadas. *Proposta/observação da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa do OE da Rede Cegonha:  
378 “Implementação da Rede Cegonha...”. *Sugestões do CNS:* Prevenção e Controle do Tabagismo (COFIN:  
379 trazer da meta para a iniciativa); Implementar a política nacional de nutrição promovendo ações de  
380 vigilância alimentar e nutricional, articuladas com a implantação plano nacional de segurança alimentar e  
381 nutricional (COFIN: trazer da meta para a iniciativa); Implantar e implementar a nova PNAN – 10 anos  
382 (transferida do OE de cooperação internacional); Criar uma Política nacional de Saúde Funcional,  
383 inclusive garantindo o acesso aos serviços especializados de habilitação, recuperação e concessão de  
384 órteses e próteses necessárias. *Propostas/observações da SPO:* consultar a área técnica. Nesse ponto,  
385 conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da Saúde e Presidente do CNS, interrompeu  
386 a leitura para clarificar que as consultas às áreas técnicas visam identificar onde serão contempladas as  
387 sugestões do CNS, o que não significa que há discordância com a inclusão das propostas do Conselho.  
388 O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, acrescentou que as metas precisavam ser discutidas  
389 com as áreas técnicas. Além disso, reiterou que o debate considerava o processo de planejamento do  
390 Ministério da Saúde (PPA, PNS, Programação Anual de Saúde) e não um instrumento separado. Feito  
391 esse esclarecimento, passou à apresentação das metas do Objetivo 1. **Meta:** Ampliar em 5.300 o  
392 número de equipes saúde da família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 36.960 até 2015.  
393 *Sugestão do CNS:* Implantação de XX Equipes Saúde da Família com a inclusão dos profissionais de  
394 saúde funcional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta depende de discussão ampliada sobre a  
395 composição das ESF. **Meta:** Implantar 25 centros de alta complexidade em oncologia, passando de 11  
396 centros em 2011 para 36 até 2015. *Sugestão do CNS:* XX Novos Centros de Alta Complexidade em  
397 Oncologia (CACON) implantados. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na meta do PPA.  
398 *Sugestões do CNS:* Serviços de oncologia habilitados com equipes multidisciplinares; XX Novos  
399 Serviços em Oncologia habilitados; e XX Novos Serviços em Radioterapia atualizados.  
400 *Propostas/observações da SPO/MS:* Demais metas de oncologia agregadas na meta de implantação de  
401 CACON. **Meta:** Implantar 270 redes locorregionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços  
402 em 2011 para 604 até 2015. *Sugestões do CNS:* XX redes loco regionais de serviços de recuperação  
403 funcional e XX serviços de recuperação funcional física, visual, intelectual e auditiva custeados.  
404 *Propostas/observações da SPO/MS:* Metas agregadas em uma única redação. **Meta:** Implantar 953  
405 centros de especialidades odontológicas, passando de 950 centros em 2011 para 1.903 até 2015.  
406 *Sugestão do CNS:* 60 Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de  
407 pacientes com necessidades especiais. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta do PPA é mais  
408 abrangente que a meta proposta. **Meta:** Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar, passando  
409 de 0 equipe em 2011 para 977 até 2015. *Sugestão do CNS:* Equipes multidisciplinares de Atenção à  
410 Saúde Domiciliar implantadas (incluindo a cobertura a pessoas em recuperação funcional) com  
411 deficiência, deficiência intelectual e autistas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na  
412 meta do PPA. **Meta:** Reformar 8.000 unidades básicas de saúde. *Sugestão CNS:* Incrementar em XX% o  
413 número de cirurgias eletivas. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do*  
414 *CNS:* Serviços de terapia fonoaudiológica nas redes de saúde auditiva. *Propostas/observações da*  
415 *SPO/MS:* Não constitui meta; é uma proposta de expansão de serviços/recomendação à área técnica.  
416 *Sugestão do CNS:* Implementar Plano Nacional Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade  
417 multiprofissional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta incorporada à diretriz do PNS. *Sugestão do*  
418 *CNS:* Implantação de unidades de saúde referenciadas garantindo acesso aos exames e procedimentos  
419 com equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada, para o atendimento das pessoas com  
420 mobilidade reduzida, deficiências múltiplas e/ou física inclusiva com intérpretes da Língua Brasileira de  
421 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 publica (ambulatorial 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 Boufleur** avaliou que a iniciativa 8 "Elaboração e implantação de uma política de comunicação voltada para as redes de atenção" não explicita a idéia de inversão de modelo. Na linha de contemplar a preocupação do Conselheiro Clóvis Boufleur, o Presidente do CNS sugeriu reforçar na Iniciativa 8 e no primeiro objetivo a idéia 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 idéia 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

483 ser incluída nas iniciativas: "Apoio administrativo para promover a assistência fonoaudióloga".  
484 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, salientou que essa proposta seria  
485 submetida à área técnica para definir onde incorporá-la. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel**  
486 perguntou onde a esclerose múltipla será contemplada e foi esclarecida que a área técnica identificará  
487 onde esse tema será contemplado. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que, no Brasil, de  
488 acordo com a Portaria nº. 1.060/02, são consideradas pessoas com deficiência "aqueles pertencentes  
489 aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo", enquanto que nos Estados Unidos  
490 e no Canadá também são consideradas as dificuldades de desempenho funcional que engloba as  
491 patologias e as doenças crônicas. Atualmente, observa-se que as prioridades estão mais voltadas para a  
492 área de reabilitação em relação à execução desta política. Assim, ressaltou a preocupação que se refere  
493 à garantia (ou não) das questões colocadas pelos outros segmentos. Conselheiro **Alexandre Rocha**  
494 **Padilha**, Presidente do CNS, reiterou que solicitará avaliação da área técnica acerca da questão  
495 colocada pela conselheira Rosângela Silva e trará posição ao CNS. A seguir, Conselheira **Lígia Bahia**  
496 sugeriu e foi aprovada a inclusão de nova iniciativa com a seguinte redação "**Atenção à Saúde**  
497 nos **Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Educação**". Também foi acatada a  
498 proposta do Conselheiro **Juares Pires Sousa** de contemplar, na questão dos transplantes, os  
499 **sólidos e não sólidos**. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou, na presença do Ministro da  
500 Saúde, que as entidades odontológicas entregaram, por escrito, as suas propostas ao representante da  
501 SPO, para análise da área técnica. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou, no caso das propostas  
502 relativas à pessoa com autismo, que áreas serão consultadas (saúde mental ou pessoa com  
503 deficiência?) e foi esclarecida pelo Presidente do CNS que todas as áreas técnicas. Não havendo outros  
504 destaques, encerrou a apreciação das iniciativas do objetivo 1 e passou às metas. Conselheira **Maria**  
505 **Cristina Biz**, retificou na meta "**Implantação de XX Equipes Saúde da Família com a inclusão dos**  
506 **profissionais de saúde funcional**": "profissionais de saúde com abordagem em saúde funcional" e não  
507 "profissionais de saúde funcional". Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a meta "**60**  
508 **Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades**  
509 **especiais**" para explicar que a intenção é garantir Centros de Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades especiais e que estes não  
510 devem resumir-se a 60. A propósito, acordou-se por contemplar na meta "**60 Centros de**  
511 **Especialidades Odontológicas implantados para atendimento de pacientes com necessidades**  
512 **especiais**" que os CEOs devem ser adaptados para atendimento de pessoas com deficiências e  
513 necessidades especiais (não definir que serão 60, visto que pode ser um número maior).  
514 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** registrou a importância de garantir o atendimento em saúde  
515 bucal para população rural visto que 40% desse segmento nunca consultou um dentista. Conselheira  
516 **Marisa Furia Silva** perguntou se está contemplada cirurgia buco maxilo facial entre as especialidades  
517 odontológicas dos CEOs e o Ministro da Saúde comprometeu-se a verificar com a área técnica.  
518 Conselheira **Maria Cristina Biz** sugeriu que a meta "**Serviços de terapia fonoaudiológica nas redes de**  
519 **saúde auditiva**" passe às iniciativas, com garantia da recuperação e adaptação ao aparelho. **Aprovada a**  
520 **inclusão de iniciativa com a seguinte redação "Implantar serviços de terapia fonoaudiológica nas**  
521 **redes de saúde auditiva"** (será feita consulta à área técnica para definir onde contemplá-la).  
522 Conselheira **Marisa Furia** solicitou que esses serviços contemplam todas as pessoas que eles  
523 necessitem. Na meta "**Implantação de unidades de saúde referenciadas garantindo acesso aos**  
524 **exames e procedimentos com equipe multidisciplinar e multiprofissional especializada, para o**  
525 **atendimento das pessoas com mobilidade reduzida, deficiências múltiplas e/ou física inclusive**  
526 **com intérpretes da Língua Brasileira de Sinais**" foi aprovada a exclusão de "**múltiplas e/ou física**".  
527 Conselheiro **Willen Weil e Silva** sugeriu o seguinte adendo à iniciativa 4 "Apoio e fortalecimento da  
528 inclusão das Práticas integrativas e complementares (PICs) nas Redes de Atenção à Saúde":  
529 "organização da atenção em Práticas integrativas e complementares (PICs) nas Redes de Atenção à  
530 Saúde, qualificação e capacitação de profissionais em Práticas integrativas e complementares (PICs),  
531 informação e comunicação em Práticas integrativas e complementares (PICs)". A esse respeito,  
532 acordou-se que o conselheiro **Willen Weil e Silva** entregaria proposta por escrito à mesa. Não  
533 havendo outros destaques ao objetivo 1, o representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, passou à leitura  
534 das iniciativas e metas do **objetivo 2**: Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das  
535 ações de promoção e vigilância em saúde. **Iniciativa 9:** Implantação da Política Nacional de Saúde do  
536 Trabalhador. **Sugestão do CNS:** Ampliação da vigilância e assistência integral a saúde do trabalhador  
537 abrangendo a saúde funcional. **Propostas/observações da SPO/MS:** Contemplado na iniciativa 9.  
538 **Iniciativa 13:** Qualificação e expansão das ações de Vigilância Sanitária, por meio da coordenação do  
539 SNVS, do controle sanitário, do monitoramento do risco e da regulação sanitária. **Sugestão do CNS:**  
540 Desenvolver ações de vigilância sanitária que permitam prevenir e controlar os riscos à saúde da  
541 população oriundos da produção e do uso de bens e serviços. **Propostas/observações da SPO/MS:**  
542 Contemplada na iniciativa 13. **Sugestão do CNS:** Garantir e instrumentalizar a transversalidade das  
543

544 ações de vigilância sanitária nas diferentes políticas de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:*  
545 Contemplada nas iniciativas 3 e 13. *Sugestão do CNS:* Formalização e Estruturação da Política Nacional  
546 de Vigilância Sanitária que fortaleça os princípios do SUS (transferida do OE de relação federativa).  
547 *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplada na iniciativa 13. *Sugestão do CNS:* Aperfeiçoamento  
548 e Qualificação do sistema público de prevenção, diagnóstico, notificação, atendimento e tratamento das  
549 intoxicações das populações expostas a substâncias químicas. *Propostas/observações da SPO/MS:*  
550 Contemplada na iniciativa 13. *Sugestões de iniciativas não relacionadas às iniciativas do PPA.* *Sugestão*  
551 *do CNS:* Fomento à criação de instâncias de promoção da igualdade racial na saúde, tais como grupos  
552 de trabalho, comissões, comitês, áreas técnicas, entre outros. *Propostas/observações da SPO/MS:*  
553 Contemplado no OE 1 (acesso), na iniciativa 11 (Implementação da política nacional de saúde integral  
554 para a população negra). *Sugestão do CNS:* Fomento à implementação, nos Estados e municípios, de  
555 Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:*  
556 Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Aprimoramento da qualidade da coleta e do tratamento dos  
557 dados do quesito raça/cor no Programa Igualdade Racial, em todos os instrumentos de coleta de dados  
558 adotados pelos serviços públicos, conveniados ou contratados pelo SUS. *Propostas/observações da*  
559 *SPO/MS:* Contemplado no OE 10 (execução direta), na iniciativa 9 (Desenvolvimento e consolidação da  
560 política da gestão da informação do SUS para propiciar transparéncia e subsidiar a tomada de decisão).  
561 *Sugestão do CNS:* Acompanhar o impacto e avaliação da redução do consumo de sal em termos dos  
562 custos ao SUS e da morbimortalidade da população por doenças crônicas *Propostas/observações da*  
563 *SPO/MS:* Contemplado no Programa Temático de Segurança Alimentar. Consultar a área. *Sugestão do*  
564 *CNS:* Construir e Pactuar de forma intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência  
565 metas anuais de redução da accidentalidade no trabalho para aperfeiçoar a efetividade do indicador de  
566 morbidade e mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no âmbito do Ministério da  
567 Saúde, de modo à adoção de medidas especiais e específicas para as atividades laborais de alto risco,  
568 visando à melhoria na saúde integral do trabalhador. *Propostas/observações da SPO/MS:* Não é  
569 iniciativa, mas uma recomendação à área técnica. Concluída a leitura das iniciativas, procedeu-se às  
570 metas. **Meta:** Ampliar o número de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)  
571 desenvolvendo ações de vigilância em saúde do trabalhador para 100% até 2015. Linha de Base: 12% -  
572 22 CEREST. *Sugestão do CNS:* Criação e efetivação de xx serviços de saúde funcional do trabalhador  
573 em referenciados a partir dos CERESTs e da rede de atenção primária nas 27 unidades da federação  
574 com profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos,  
575 médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Propostas/observações da*  
576 *SPO/MS:* Contemplada na meta do PPA. *Metas não relacionadas às metas do PPA.* *Sugestão do CNS:*  
577 Quantificar e analisar todos os eventos que incidem sobre as doenças não transmissíveis e agravos tais  
578 como Diabetes, Hipertensão, renal crônica, hepatopatias entre outras. *Propostas/observações da*  
579 *SPO/MS:* Não constitui meta, mas uma recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS:* Reduzir em XX  
580 % o coeficiente de detecção de casos novos da doença renal crônica. *Propostas/observações da*  
581 *SPO/MS:* Consultar a área técnica. *Sugestão do CNS:* Realizar XX estudos clínicos e epidemiológicos  
582 multicêntricos em hipertensão arterial junto aos produtores de medicamentos sobre eficácia e eventos  
583 adversos relacionados à população negra. (Movi. Negro). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de  
584 especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Mapear mediante XX  
585 estudos os fatores de risco e a incidência das DIC e DCV na população negra. *Propostas/observações da*  
586 *SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* XX  
587 Metas pactuadas de forma intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego e Previdência para  
588 redução da accidentalidade no trabalho. *Propostas/observações da SPO/MS:* Contemplado na iniciativa 9:  
589 “Implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador”. *Sugestão do CNS:* Realizar, no mínimo,  
590 duas campanhas anuais abordando entre outros os seguintes temas: dieta alimentar adequada, prática  
591 de atividade física em parcerias com instituições, controle de peso, tabagismo e alcoolismo, doenças de  
592 risco (diabetes, hipertensão, colesterol alto), DST/AIDS, artrose, artrite e osteoporose.  
593 *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível à metodologia do PPA;  
594 pode figurar como ação de programação da área técnica. *Sugestão do CNS:* Regulação de publicidade e  
595 propaganda de alimentos, em especial, as dirigidas ao público infantil (transferida do OE de cooperação  
596 internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta do PPA, mas pode figurar como  
597 uma recomendação à Anvisa; já está contemplado na iniciativa 13. *Sugestão do CNS:* CIAN/CNS  
598 participar do Comitê de Monitoramento do Pacto de redução do teor de Sódio nos alimentos  
599 processados, conforme termo assinado em 7 de abril de 2011. (transferida do OE de cooperação  
600 internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Não constitui meta do PPA; pode figurar como uma  
601 recomendação ao MS. *Sugestão do CNS:* Elaboração de um código de ética que oriente a relação  
602 público privada no SUS, como forma de garantir a alimentação saudável, sem constrangimentos. (Mc  
603 Donalds) (transferida do OE de cooperação internacional). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de  
604 especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Manifestações.** Conselheiro **Ronald**

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

666 iniciem o tratamento no prazo máximo de 30 dias. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área  
667 técnica. **Meta**: Implantar 50 serviços de diagnóstico mamário. **Sugestão do CNS**: Implantar 50 novos  
668 serviços de diagnóstico mamário. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. **Meta**:  
669 Implantar 20 serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões  
670 precursoras de câncer de colo de útero. **Sugestão do CNS**: Implantar 20 novos serviços para ampliação  
671 do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero.  
672 *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA. **Meta**: Realizar 15,2 milhões de mamografias  
673 bilaterais. **Sugestão do CNS**: Realizar 15,2 milhões de mamografias bilaterais observados os critérios de  
674 rastreamento definidos pela Lei 11.664/08. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no PPA.  
675 **Sugestão do CNS**: Contemplada no PPA. **Outras sugestões de metas**. **Sugestão do CNS**: Ofertar vacina  
676 para HPV a crianças a partir de 10 anos de idade. *Propostas/observações da SPO/MS*: Contemplada no  
677 PPA. **Sugestão do CNS**: Formulação e Implementação do Programa Nacional de Qualidade da  
678 Mamografia e das demais etapas envolvidas no diagnóstico do câncer de mama. *Propostas/observações  
679 da SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Sugestão do CNS**:  
680 Aumento dos exames de pezinho, da mancha e do afoiçamento e outros de diagnóstico precoce.  
681 *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à especificidade. **Sugestão do CNS**:  
682 Desenvolvimento de material técnico, instrucional e educativo sobre direitos sexuais e reprodutivos para  
683 pessoas com deficiência. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à  
684 especificidade; pode compor recomendação à área técnica. **Sugestão do CNS**: Cobertura vacinal contra  
685 Hepatite B em 100% entre gestantes. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica.  
686 **Sugestão do CNS**: Oferecer triagem sorológica para Hepatite B a todas as gestantes que realizam pré-  
687 natal na rede básica do SUS. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à  
688 especificidade. **Sugestão do CNS**: Realizar medidas profiláticas em todos os recém-nascidos de mães  
689 diagnosticadas com Hepatite B. *Propostas/observações da SPO/MS*: Não é meta de PPA devido à  
690 especificidade. **Sugestão do CNS**: xx serviços credenciados de triagem auditiva neonatal.  
691 *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS**: Criação e efetivação  
692 de xx serviços de saúde funcional da mulher e da criança nas 27 unidades da federação com  
693 profissionais assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos,  
694 nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Propostas/observações da SPO/MS*:  
695 Consultar a área técnica. **Manifestações**. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** sugeriu o acréscimo  
696 “com ou sem deficiência” à iniciativa 5 após “crianças e adolescentes”. **A proposta foi aprovada**.  
697 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** defendeu a inclusão de diretriz visando superar as  
698 inequidades com foco nos municípios com menos de 50 mil/hab. Também defendeu que sejam  
699 contempladas metas relativas às mulheres jovens e adolescentes. Conselheiro **Alexandre Rocha  
700 Padilha**, Presidente do CNS, na lógica de contemplar a proposta da Conselheira Maria do Socorro,  
701 sugeriu incluir no objetivo “com especial atenção às áreas com maior vulnerabilidade”. **A proposta foi  
702 aprovada. Também foi acordado que será feita consulta à área técnica para verificar onde incluir a  
703 questão das mulheres jovens e adolescentes**. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou  
704 em que lógica será feita consulta à área técnica sobre a proposta “Garantir que todas as mulheres que  
705 receberem o diagnóstico de câncer de mama e de colo de útero iniciem o tratamento no prazo máximo  
706 de 30 dias”, com destaque ao prazo definido. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que,  
707 conforme colocado anteriormente pelo Ministro da Saúde, será feita consulta à área técnica para verificar  
708 onde contemplar a sugestão. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** salientou que as iniciativas  
709 relativas à saúde da mulher devem contemplar a integralidade da assistência e não apenas a questão da  
710 maternidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou à conselheira Maria de Lourdes que  
711 apresente uma proposta. **Conselheiro Clóvis Boufleur apresentou a seguinte sugestão à iniciativa  
712 5 do PPA: “incorporar a estratégia de ação integral a doenças prevalentes na infância”.** **Proposta  
713 aprovada**. Conselheira **Júlia Maria Roland** ressaltou que o PPA possui metas gerais acerca da saúde  
714 da mulher e ilustrou com a seguinte: “Novas instalações do complexo assistencial de Saúde da Mulher e  
715 da Criança e de Infectologia entregues e em operação”. **Conselheira Maria do Socorro de Souza  
716 propôs explicitar nas iniciativas a questão da violência doméstica e sexual e incluir meta  
717 específica para essa questão. Proposta acatada**. Sobre as metas, conselheira **Graciara Matos de  
718 Azevedo** perguntou o parâmetro utilizado para definir as metas de implantar “50 novos serviços de  
719 diagnóstico mamário e 20 novos serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e  
720 tratamento de lesões precursoras de câncer de colo de útero”, por entender que os números são  
721 insuficientes diante da demanda. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou  
722 que, na definição da meta, considerou-se estudo do INCA, com ampliação dos números indicados. **O  
723 Plenário decidiu manter as metas “implantar 50 novos serviços de diagnóstico mamário e  
724 implantar 20 novos serviços para ampliação do acesso à confirmação diagnóstica e tratamento  
725 de lesões precursoras de câncer de colo de útero”**. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu  
726 fazer referência a outras vacinas para as crianças não contempladas no SUS. Conselheiro **Alexandre**

727 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS, esclareceu que o Programa Nacional de Imunização possui meta  
728 permanente de incorporação de novas vacinas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a  
729 meta “Garantir que todas as mulheres que receberem o diagnóstico de câncer de mama e de colo de  
730 útero iniciem o tratamento no prazo máximo de 30 dias” para perguntar se esse prazo será mantido após  
731 a consulta à área técnica. Conselheira **Lígia Bahia** salientou que são necessárias também respostas  
732 mais rápidas a agravos urgentes como outros tipos de câncer. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,  
733 Presidente do CNS, explicou que será feita consulta à área técnica, mas adiantou que é difícil  
734 estabelecer prazo no PPA para início de tratamento. **Conselheira Rosângela da Silva Santos** sugeriu  
735 incluir a palavra “acessível” após “(...) material técnico, instrucional e educativo”. **Proposta**  
736 **aprovada.** **Objetivo 4:** Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de  
737 UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção. **Iniciativa 1:**  
738 Ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgência e emergência.  
739 **Sugestão do CNS:** Fortalecimento do papel da urgência como integrante da continuidade do cuidado no  
740 território, enquanto regulador da classificação de risco, principalmente, nos casos crônicos agudizados,  
741 fixando estes casos no território. **Proposta/observação da SPO:** Contemplada na Iniciativa 1. Explicitar  
742 na diretriz do PNS. **Sugestão do CNS:** Regulação da atenção terciária garantindo a continuidade do  
743 cuidado (transferência do cuidado) no território sanitário. **Proposta/observação da SPO:** Contemplada na  
744 Iniciativa 1. Explicitar na diretriz do PNS. **Iniciativa 6:** Ampliação da capacidade resolutiva das Unidades  
745 Básicas de Saúde (UBS) nas situações de urgência e emergência. **Sugestão do CNS:** Ampliação da  
746 capacidade resolutiva das UBS nas situações de urgência e emergência e regular referenciamento de  
747 pacientes. **Proposta/observação da SPO:** Contemplado na Iniciativa 6. **Meta:** Implantar 2.163 leitos  
748 hospitalares (leitos de UTI, UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação) dentro  
749 das Redes de Urgência e Emergência até 2015. **Sugestão do CNS:** Implantar 2.163 leitos hospitalares  
750 (leitos de UTI, UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação, leitos específicos  
751 para a recuperação da saúde fisioc-funcional implantados) dentro das Redes de Urgência e Emergência  
752 até 2015. **Proposta/observação da SPO:** Já contemplada na meta do PPA. **Sugestões de novas metas.**  
753 **Sugestão do CNS:** Criar subsídios ou mecanismos de remuneração adequados para os procedimentos  
754 de urgência e emergência em regime de internação. **Proposta/observação da SPO:** Consultar a área  
755 técnica. **Sugestão do CNS:** Oferecer na atenção básica acompanhamento aos pacientes falcêmicos.  
756 **Proposta/observação da SPO:** Não constitui meta. Já contemplada na iniciativa 11 do Objetivo 1. **Não**  
757 **houve destaque às metas e iniciativas do objetivo 4.** **Objetivo 5:** Promover a atenção integral à  
758 saúde da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e a  
759 prevenção e controle em todos os níveis de atenção. **Iniciativa 2:** Implementação e qualificação de um  
760 modelo de atenção integral ao processo de envelhecimento, com foco na saúde da pessoa idosa,  
761 favorecendo a ampliação do grau de autonomia e independência. **Sugestões do CNS:** Fortalecimento  
762 das iniciativas em saúde dos idosos de prevenção, aprimoramento, monitoramento e vigilância do  
763 modelo de atenção integral de acidentes e doenças que resultem em deficiências; Promover a  
764 conscientização da população brasileira para o envelhecimento ativo e saudável; e Ampliação da  
765 assistência integral à saúde funcional da pessoa idosa. **Proposta/observação da SPO:** Incluídas na  
766 Iniciativa 2. **Iniciativa 8:** Implantação de um modelo de atenção integral à pessoa com condições  
767 crônicas favorecendo a ampliação do grau de autonomia e promovendo independência para o auto  
768 cuidado e o uso racional de medicamentos. **Sugestão do CNS:** Implantação de um modelo de atenção  
769 integral à pessoa com condições crônicas que favoreça a ampliação do grau de autonomia e promova  
770 independência para o auto cuidado (Retirar “e o uso racional de medicamentos”). **Proposta/observação**  
771 **da SPO:** Contemplado na iniciativa do PPA. **Sugestão do CNS:** Implantação de um modelo de  
772 humanização no atendimento realizado pelos peritos do INSS e dos departamentos médicos vinculados  
773 ao Poder Público. **Proposta/observação da SPO:** Grau de especificidade não compatível com a  
774 metodologia do PPA. **Sugestão do CNS:** Ampliação da atenção biopsicosocial para pessoa idosa em  
775 situação de violência. **Proposta/observação da SPO:** Grau de especificidade não compatível com a  
776 metodologia do PPA. **Sugestão do CNS:** Articular, Fomentar e Estimular a inclusão de ações de  
777 enfrentamento as Hepatites Virais nos Planos Estaduais de Saúde nas 27 UF. **Proposta/observação da**  
778 **SPO:** Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Sugestão do CNS:**  
779 Fortalecimento e ampliação da rede pública de prevenção e recuperação das doenças: crônico-  
780 degenerativas, com ou sem algum tipo de deficiência. **Proposta/observação da SPO:** Contemplada na  
781 iniciativa 16 do Objetivo 1. **Meta:** Distribuir 8.000.000 de cadernetas do idoso até 2015. **Sugestão do**  
782 **CNS:** Elaboração de XX material informativo e acessível sobre as doenças e agravos dos idosos.  
783 **Proposta/observação da SPO:** Programação específica da área técnica. **Sugestão do CNS:** Caderneta  
784 do idoso distribuída (para toda população idosa existente). **Proposta/observação da SPO:** Contemplado  
785 na meta do PPA. **Meta:** Realizar inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para  
786 doenças crônicas - Vigitel - anualmente. **Sugestão do CNS:** Realizar VIGITEL anualmente (e publicizar  
787 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

849 determinante das condições de saúde e à saúde da população negra nos currículos e em todos os  
850 cursos de formação da área de saúde e correlatas e ações de educação permanente para gestores e  
851 trabalhadores da saúde. *Propostas/observações da SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível  
852 com a metodologia do PPA. Pode figurar como recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS*:  
853 Inclusão dos temas de Combate à discriminação de gênero, raça e orientação sexual, com destaque  
854 para as intersecções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação  
855 permanente dos trabalhadores da saúde no exercício do controle social. *Propostas/observações da*  
856 *SPO/MS*: Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. Pode figurar como  
857 recomendação à área técnica. **Iniciativa 6**: Fomento à criação e fortalecimento das estruturas  
858 institucionais da gestão do trabalho e da educação na saúde. *Sugestão do CNS*: Formação da força de  
859 trabalho qualificada para o atendimento das necessidades do SUS, a partir da adequação curricular e de  
860 todas as práticas de saúde por meio das Instituições de Ensino, incluindo os Hospitais Universitários e  
861 de Ensino que garanta a integralidade e a humanização. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já  
862 contemplada na iniciativa 6. *Sugestão do CNS*: Redefinição da Inserção dos profissionais de saúde  
863 considerando tendo como base as linhas do cuidado e a rede regionalizada. *Propostas/observações da*  
864 *SPO/MS*: Já contemplada na iniciativa 6. **Meta**: Disponibilizar o Programa de Educação pelo Trabalho  
865 para a Saúde (PET-Saúde) com 650 mil bolsas (54 mil bolsistas em 4 anos). *Sugestão do CNS*:  
866 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) disponibilizado com XX mil bolsas (54  
867 mil bolsistas/ano), garantindo a multiprofissionalidade. *Propostas/observações da SPO/MS*: Consultar a  
868 área técnica. *Sugestão do CNS*: Apoiar projetos de formação e educação permanente (PET Saúde  
869 Mental, Residências Médicas e Multiprofissionais e Profissionais, Unasus, Telessaúde, EAD) (meta  
870 transferida do OE de saúde mental). *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada na meta do  
871 PPA. **Meta**: Formar 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, agentes de saúde  
872 indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas – manutenção de equipamento,  
873 ótese e prótese, registro de informação em saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e  
874 técnicos em laboratório odontológico) até 2015. *Sugestões do CNS*: Formação de XX técnicos de nível  
875 médio para hemodiálise. (FARBRA); e Qualificar XX profissionais na área de saúde, para o atendimento  
876 as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida). *Propostas/observações da SPO/MS*: Já  
877 contempladas na meta do PPA. **Meta**: Qualificar 370 mil técnicos de nível médio (agentes de combate a  
878 endemias e agentes comunitários de saúde) até 2015. *Sugestão do CNS*: Capacitação e educação  
879 permanente de XX equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico  
880 promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as  
881 diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde. *Propostas/observações da*  
882 *SPO/MS*: Já contemplada na meta do PPA. *Sugestão do CNS*: Capacitar XX gestores e trabalhadores  
883 da saúde em 30% dos estados e em todas as capitais em conteúdos relativos ao racismo como  
884 determinante das condições de saúde e à saúde da população negra, especialmente no combate ao  
885 racismo institucional. *Propostas/observações da SPO/MS*: Já contemplada nessa meta do PPA e na  
886 meta de qualificação do ProgeSUS. *Sugestão do CNS*: Formar XX mil trabalhadores em áreas  
887 estratégicas do SUS por meio da UNASUS. *Propostas/observações da SPO/MS*: Meta excluída pela  
888 área técnica. **Manifestações**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu destacar na iniciativa 6  
889 do PPA o envolvimento dos hospitais universitários e das instituições de ensino no processo de  
890 formação. **Aprovada a inclusão do seguinte adendo à iniciativa 6: “envolvendo as instituições de**  
891 **ensino e os hospitais universitários”**. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu contemplar  
892 nas iniciativas a garantia da interiorização dos profissionais de saúde. **Nesse caso, acordou-se que**  
893 **será elaborada iniciativa relacionada ao processo de interiorização dos profissionais de saúde.**  
894 **Sobre as metas, aprovada a proposta do Conselheiro Olympio Távora de incluir na meta “Formar**  
895 **8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de**  
896 **vigilância em saúde, técnicos em novas áreas – manutenção de equipamento, ótese e prótese,**  
897 **registro de informação em saúde, técnicos em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e técnicos**  
898 **em laboratório odontológico) até 2015” a expressão “entre outros”, possibilitando a incorporação**  
899 **de técnicos de outras áreas além das listadas.** Conselheiro **de Arruda Martins** destacou a meta do  
900 PPA “Disponibilizar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com 650 mil  
901 bolsas (54 mil bolsistas em 4 anos)” para esclarecer que são 54 mil bolsistas em 4 anos e não por ano.  
902 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, destacou que os números precisam de  
903 verificação e também será necessário verificar o montante de técnicos de nível médio a serem formados,  
904 pois o número é superior ao explicitado na meta (“Formar 8.700 técnicos de nível médio (auxiliares de  
905 enfermagem, agentes de saúde indígena, técnicos de vigilância em saúde, técnicos em novas áreas –  
906 manutenção de equipamento, ótese e prótese, registro de informação em saúde, técnicos em saúde  
907 bucal, auxiliar em saúde bucal e técnicos em laboratório odontológico) até 2015”). **Aprovada a proposta**  
908 **do conselheiro Ronald Ferreira dos Santos de inclusão de uma meta relativa à UNASUS no PPA e**  
909 **da conselheira Maria de Lourdes de incluir nas diretrizes do PPA o combate à discriminação de**

910 **gênero, raça e orientação sexual.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou o preconceito e  
911 a discriminação nas unidades de saúde do interior do país em relação às mulheres que praticam aborto  
912 e salientou que é preciso fazer algo para mudar essa situação. **Ainda nas metas, aprovado adendo à**  
913 **meta 5, conforme sugestão dos conselheiros Ubiratan Cassano e Pedro Tourinho, nos seguintes**  
914 **termos: “com especial atenção à residência em saúde da família.”** **Objetivo 9:** Implementar novo  
915 modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão  
916 participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. **Iniciativa 1:** Ampliação  
917 da participação social para o fortalecimento do SUS. **Sugestão do CNS:** Ampliação e fortalecimento da  
918 participação de lideranças dos movimentos sociais em defesa da saúde da população negra nas  
919 instâncias de participação e controle social do SUS, conforme a Lei 12.288, Artigo 7º, I.  
920 **Propostas/observações da SPO/MS:** Já contemplada na iniciativa 1. **Iniciativa 6:** Universalização do  
921 Cartão Nacional de Saúde na perspectiva da qualificação da gestão interfederativa. **Sugestão do CNS:**  
922 Implantar o resarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira utilizando o Cartão SUS.  
923 (Transferida do OE de cooperação internacional). **Propostas/observações da SPO/MS:** Consultar a área  
924 técnica. **Outras sugestões de iniciativas.** **Sugestão do CNS:** Implementação da Política Nacional de  
925 Assistência Farmacêutica (transferida para o OE de Assistência Farmacêutica). **Propostas/observações**  
926 **da SPO/MS:** Transferida para o OE de Assistência Farmacêutica). **Sugestão do CNS:** Formalização e  
927 Estruturação da Política Nacional de Vigilância Sanitária que fortaleça os princípios do SUS (transferida  
928 para o OE de redução de riscos e agravos). **Propostas/observações da SPO/MS:** Transferida para o OE de  
929 redução de riscos e agravos. **Sugestão do CNS:** Avaliação e diagnóstico atual de toda a  
930 operacionalização dos transplantes pelas secretarias de saúde. (transferida para o OE de acesso).  
931 **Propostas/observações da SPO/MS:** Transferida para o OE de redução de acesso. **Sugestão do CNS:**  
932 Definição e pactuação de indicadores e metas diferenciadas para o monitoramento sistemático e  
933 avaliação das iniquidades em saúde e promoção da saúde da população negra. **Propostas/observações**  
934 **da SPO/MS:** Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Sugestão do CNS:**  
935 Cumprimento da Legislação Federal sobre o financiamento das ações e serviços de saúde.  
936 **Propostas/observações da SPO/MS:** Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA.  
937 **Sugestão do CNS:** Pactuar com outros Ministérios, no formato de parceria, indicadores e metas para a  
938 promoção da equidade étnico-racial na saúde. **Propostas/observações da SPO/MS:** Grau de  
939 especificidade não compatível com a metodologia do PPA. **Sugestão do CNS:** Atualização de normas  
940 assistenciais que visem minimizar os custos de produção sem afetar a qualidade.  
941 **Propostas/observações da SPO/MS:** Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA.  
942 **Meta:** Realizar até 2015, 6 encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do  
943 movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais, da população em situação de rua, dos ciganos  
944 e dos gestores do SUS. **Sugestão do CNS:** Realizar XX encontros nacionais, envolvendo lideranças do  
945 campo e da floresta, LGBT, população em situação de rua, ciganos e gestores do SUS e de insegurança  
946 alimentar e nutricional. **Propostas/observações da SPO/MS:** Contemplada na meta do PPA. **Outras**  
947 **sugestões de metas.** **Sugestão do CNS:** Realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas de  
948 Medicamentos e Assistência Farmacêutica – CNPMAF. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de  
949 programação da área. Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS:** Realização da 2ª Conferência  
950 Nacional de VISA. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área. Consultar a área  
951 técnica. **Sugestão do CNS:** Realizar a I Conferência Nacional de Saúde de todos os segmentos de  
952 patologias. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área. Consultar a área  
953 técnica. **Sugestão do CNS:** Realizar XX encontros nacionais, envolvendo lideranças dos portadores de  
954 doenças crônicas com ou sem deficiências e gestores do SUS. **Propostas/observações da SPO/MS:**  
955 Meta de programação da área. Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS:** Realizar XX oficinas e XX  
956 seminários, com a participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças de associações de  
957 pacientes renais para monitorar a implementação da política nacional de Atenção às pessoas com  
958 doenças não transmissíveis e agravos (Doença Renal e Política Nacional de Transplantes de Órgãos e  
959 Tecidos). **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área. Consultar a área técnica.  
960 **Sugestão do CNS:** Aumentar em 50% o número de estados e municípios com instâncias  
961 institucionalizadas de promoção da equidade racial em saúde, instaladas e em funcionamento.  
962 **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área. Consultar a área técnica. **Sugestão**  
963 **do CNS:** Aumentar em 70% o número de conselhos de saúde com comissão intersetorial de saúde da  
964 população negra, instituídas e em funcionamento. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de  
965 programação da área. Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS:** Realizar a I Conferência Nacional de  
966 Saúde da Pessoa com Deficiência. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área.  
967 Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS:** Realizar 8 Seminários abordando as diversas deficiências e  
968 o autismo. **Propostas/observações da SPO/MS:** Meta de programação da área. Consultar a área técnica.  
969 **Sugestão do CNS:** Atualização dos valores das transferências federais a Estados e Municípios, bem  
970 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, accordou-se por listar as leis nos considerandos do PPA.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** 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** salentou 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 Boufleur** 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 destaque às metas.** Nesse ponto, o Plenário decidiu interromper para o lanche. Antes, Conselheiro **Clóvis Boufleur** 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, **Airtón 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 **Rosangela 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**

1093 **Nacional de Assistência Farmacêutica".** Conselheiro **Juares Pires Sousa** destacou a iniciativa do  
1094 PPA "Fornecimento de medicamentos hemoderivados para o SUS pela Hemobrás" para defender a  
1095 garantia imediata de fornecimento de medicamentos, sem necessidade de aguardar a conclusão da  
1096 Hemobrás. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o Ministério da Saúde já garante o  
1097 fornecimento de medicamentos hemoderivados e a meta é garantir que esse fornecimento, até 2015,  
1098 seja feito pela Hemobrás. Conselheiro **Juares Pires Sousa** perguntou se há financiamento específico  
1099 para construção da Hemobrás. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, explicou que a meta 8  
1100 ("Construção do complexo industrial de produção de hemoderivados") garante o orçamento para  
1101 construção da Hemobrás (meta será extinta em 2014 quando a fábrica for concluída). Lembrou ainda  
1102 que projetos de grande vulto são destacados (iniciativa em separado) visto que geram ação  
1103 orçamentária específica. Na iniciativa 4 "Produção de medicamentos a em Farmanguinhos/Fiocruz",  
1104 conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou o motivo da citação de apenas Farmanguinhos, não  
1105 contemplando outros centros de produção. O representante da SPO/MS, **Airton Galiciano**, informou  
1106 que, na atualização do Plano, foi excluído o trecho "em Farmanguinhos/Fiocruz" para tornar a meta mais  
1107 ampla. Conselheiro **Ronald Ferreira do Santos** insistiu na importância de garantir a meta de  
1108 incorporação do farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família, considerando a importância desse  
1109 profissional na estruturação da assistência farmacêutica. **Acordou-se que a proposta será remetida à**  
1110 **área técnica.** **Objetivo 12:** Fortalecer o complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em  
1111 saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável,  
1112 reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde. **Iniciativa 12:** Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação  
1113 de Tecnologias em saúde para o SUS. **Sugestão do CNS:** Apoio a iniciativas voltadas para a formação  
1114 de rede de pesquisa, ensino e extensão sobre doenças e agravos a saúde (agudas, crônico-  
1115 degenerativas, deficiências). **Propostas/observações da SPO/MS:** Contemplado na iniciativa de  
1116 pesquisa. **Sugestão do CNS:** Inclusão e fomento do tema Saúde da População Negra na agenda de  
1117 prioridades em pesquisa e estudos clínicos sobre as doenças prevalentes na população negra.  
1118 **Propostas/observações da SPO/MS:** Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA.  
1119 Já contemplado na iniciativa de pesquisa. **Meta:** Ampliar de 60 para 100 o número de projetos de  
1120 pesquisa em doenças crônico-degenerativas na Fiocruz, com destaque para a oncologia, até 2015.  
1121 **Sugestão do CNS:** Ampliar de 60 para 100 o número de projetos de pesquisa em doenças crônico-  
1122 degenerativas na Fiocruz, com destaque para a oncologia e doença renal crônica, até 2015.  
1123 **Propostas/observações da SPO/MS:** Checar com a Fiocruz a possibilidade de acrescentar esse enfoque.  
1124 **Meta:** Ampliar o cadastramento dos Comitês de Ética em Pesquisas – CEPs na Comissão Nacional de  
1125 Ética em Pesquisa – CONEP, passando de 10% em 2011 para 100% até 2015. **Sugestão do CNS:**  
1126 Apoiar e manter a interface entre os CEPs e CONEP, no que tange a esclarecimentos e monitoramento  
1127 do termo de consentimento. **Propostas/observações da SPO/MS:** Grau de especificidade incompatível  
1128 com a metodologia do PPA; já há meta relativa aos CEPs. **Outras sugestões de metas.** **Sugestão do**  
1129 **CNS:** Realizar XX Estudos e pesquisas sobre doenças e agravos a saúde abrangendo ás áreas de  
1130 epidemiologia, economia em saúde (Farmacoeconomia) e gestão. **Propostas/observações da SPO/MS:**  
1131 Consultar a área técnica. **Sugestão do CNS:** Garantir que na Comissão Nacional de Incorporação de  
1132 Tecnologias em Saúde haja um representante do CNS do segmento dos usuários.  
1133 **Propostas/observações da SPO/MS:** Não se configura como meta do PPA; pode ser uma recomendação  
1134 do CNS ao MS. **Manifestações.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez as seguintes sugestões:  
1135 incluir nova iniciativa no objetivo 12 com a redação "busca de políticas energéticas alternativas com  
1136 vistas à proteção do meio ambiente e saúde da população com participação de órgãos do governo  
1137 federal e estaduais."; e incorporar nova meta nos seguintes termos: "realizar debates e estudos sobre a  
1138 matéria baseando-se nas experiências internacionais com vistas a formular política nacional." **As novas**  
1139 **propostas de iniciativa e de meta serão submetidas à área técnica para verificar em que**  
1140 **instrumento serão incorporadas. A respeito da proposta "Inclusão e fomento do tema Saúde da**  
1141 **População Negra na agenda de prioridades em pesquisa e estudos clínicos sobre as doenças**  
1142 **prevalentes na população negra", acordou-se que será submetida à área técnica visando**  
1143 **incorporar na programação orçamentária.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a meta  
1144 "Disponibilizar dois produtos para diagnóstico em oncologia" para perguntar quais seriam esses produtos  
1145 e questionou também o motivo do INCA não ter sido contemplado como pesquisador na área de  
1146 oncologia e hematologia. **Sobre esses dois questionamentos, o representante da SPO**  
1147 **comprometeu-se a buscar esclarecimentos com a área técnica responsável.** Conselheira **Maria de**  
1148 **Lourdes Rodrigues** sugeriu a inclusão da meta "criação de linha de pesquisa em saúde da população  
1149 **negra, LGBT e campo e floresta", inclusive para garantir orçamento.** Conselheira **Eliane Aparecida da**  
1150 **Cruz** explicou que essa proposta pode ser contemplada na LOA. O representante da SPO/MS, **Airton**  
1151 **Galiciano**, esclareceu que a iniciativa "Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação de Tecnologias em  
1152 **saúde para o SUS." resultará em ação orçamentária (uma ou mais), possibilitando várias linhas de**  
1153 **pesquisa.** Conselheira **Maria Furia Silva** sugeriu contemplar no PPA a proposta de realizar mapeamento

1154 das pessoas com deficiência, em consonância com a Resolução do CNS nº. 355/05. Conselheira **Eliane**  
1155 **Aparecida da Cruz** explicou que estão sendo pactuadas com a Secretaria de Ciência e Tecnologia  
1156 linhas de pesquisas sobre deficiências (síndrome de Down e autismo, por exemplo). Conselheiro **Clóvis**  
1157 **Boufleur** sugeriu o seguinte adendo à iniciativa 6 (“Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa  
1158 com Seres Humanos”): “como instância do controle social”. **Aprovado adendo à iniciativa 6 e a**  
1159 **redação passou a “Fortalecimento do Sistema de Ética em Pesquisa com Seres Humanos como**  
1160 **instância do controle social”.** **Objetivo 13:** Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde  
1161 suplementar articulando a relação público – privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor  
1162 saúde. **Iniciativa 4:** Regulação e Fiscalização para a geração de saúde em modelos sustentáveis de  
1163 planos de saúde. *Sugestão do CNS:* Regulação e Fiscalização para a geração de saúde integral em  
1164 modelos sustentáveis de planos de saúde. *Propostas/observações da SPO/MS:* Consultar a área  
1165 técnica. *Sugestão do CNS:* Garantia de regulação e controle para a oferta e prestação de serviços que  
1166 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  
1167 atendimento através das APAC/SIA aos dados integrados AIH/SIH e SIM, verificando a qualidade do  
1168 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.  
1169 *Sugestão do CNS:* Avaliação dos aspectos relacionados aos Transplantes SUS X Saúde Suplementar.  
1170 *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a metodologia do PPA;  
1171 pode figurar como recomendação à área técnica. *Sugestão do CNS:* Ampliar o rol de procedimentos dos  
1172 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*  
1173 *do CNS:* Melhorar a qualidade de informações produzindo indicadores epidemiológicos a partir das  
1174 ações da saúde suplementar. *Propostas/observações da SPO/MS:* Meta muito ampla, já contemplada  
1175 pela Iniciativa 2 do OE (“Garantia de acesso à informação”). *Sugestão do CNS:* Ampliar a fiscalização  
1176 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.  
1177 *Sugestão do CNS:* Avaliar anualmente 100% das unidades de TRS, considerando a avaliação dos  
1178 serviços restados do usuário. (transferida para o OE de acesso). *Propostas/observações da SPO/MS:*  
1179 Metas transferidas para o OE de acesso. *Sugestão do CNS:* Supervisionar XX unidades prestadoras de  
1180 serviços privados em TRS (centros de nefrologia) e demais modalidades de Diálise. (transferida para o  
1181 OE de acesso). *Propostas/observações da SPO/MS:* Metas transferidas para o OE de acesso. **Não**  
1182 **houve destaque às metas e às iniciativas do objetivo 13.** **Objetivo 14:** Representar e defender  
1183 internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como partilhar as experiências e  
1184 saberes do SUS com outros países. **Iniciativa 2:** Fortalecimento da cooperação internacional brasileira,  
1185 compartilhando e divulgando as experiências do Sistema Único de Saúde, e apoiando o seu  
1186 desenvolvimento. *Sugestão do CNS:* Fortalecimento da atuação do Ministério da Saúde nas ações de  
1187 intercâmbio internacional para a redução das disparidades raciais em saúde e para enfrentamento ao  
1188 racismo institucional. *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de especificidade não compatível com a  
1189 metodologia do PPA. *Outras sugestões de iniciativas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Implantar e  
1190 implementar a nova PNAN -10anos. *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de  
1191 acesso. *Sugestão do CNS:* Implantar o resarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira,  
1192 utilizando o Cartão SUS. *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de relação  
1193 federativa. *Sugestões de metas do CNS.* *Sugestão do CNS:* Executar o Plano de Ação do Termo de  
1194 Cooperação Brasil-Estados Unidos (JAPER). *Propostas/observações da SPO/MS:* Grau de  
1195 especificidade não compatível com a metodologia do PPA. *Sugestão do CNS:* Regulação de publicidade  
1196 e propaganda de alimentos, em especial, às dirigidas ao público infantil (transferida para o OE de  
1197 redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida para o OE de redução de  
1198 riscos e agravos. *Sugestão do CNS:* Participação da CIAN/CNS no Comitê de Monitoramento do Pacto  
1199 de redução do teor de Sódio nos alimentos processados, conforme termo assinado em 07/04/11.  
1200 (transferida para o OE de redução de riscos e agravos). *Propostas/observações da SPO/MS:* Transferida  
1201 para o OE de redução de riscos e agravos. *Sugestão do CNS:* Elaboração de um código de ética que  
1202 oriente a relação público/privada no SUS, como forma de garantir a alimentação saudável, sem  
1203 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  
1204 parceria firmada entre Brasil e Estados Unidos. **Acordou-se que essa questão será submetida à área**  
1205 **técnica.** Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu o adendo “outras regiões internacionais” à proposta de  
1206 meta “Implantar o resarcimento financeiro internacional nas regiões de fronteira utilizando o Cartão  
1207 SUS” (após “regiões de fronteira”). **Essa sugestão também será submetida à área técnica.** **Objetivo**  
1208 **15:** Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a

1215 promoção da saúde e redução das desigualdades sociais (Não houve alterações/sugestões do CNS).  
1216 **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir iniciativa voltada à formação para  
1217 planejamento e acompanhamento da execução das ações de saneamento em comunidades específicas  
1218 visando evitar desperdício. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** dialogou com o Conselheiro Clóvis  
1219 sobre a proposta dele, por entender que não se deve incluir no PPA ações de financiamento básico  
1220 financiadas pela saúde. Conselheira **Jurema Werneck**, na tentativa de contemplar a proposta do  
1221 conselheiro Clóvis, sugeriu que a saúde definisse parâmetros mínimos para a qualidade do ambiente e  
1222 da água. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que a intenção é contemplar ação voltada a  
1223 comunidades onde doenças se perpetuarão caso não haja ações de saneamento (trata-se de pequenas  
1224 obras que não geram cobranças de tarifa). Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS,  
1225 informou que o PAC II prevê linha para contratação de projetos de apoio ao desenvolvimento de  
1226 sistemas de água, além da formação de gestores e de agentes de saneamento – áreas indígenas,  
1227 quilombolas, rurais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a importância de debater no  
1228 CNS a Política de Saneamento Rural. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu contemplar na  
1229 iniciativa 1 a fluoretação da água de abastecimento, haja vista os benefícios desse processo. **Aprovada**  
1230 **a proposta. Também foi acordado que a proposta do Conselheiro Clóvis Boufleur (remeter à área**  
1231 **técnica nova iniciativa voltada à formação para planejamento e acompanhamento da execução**  
1232 **das ações de saneamento em comunidades específicas (indígenas, quilombolas, rurais)) será**  
1233 **contemplada. Além disso, será encaminhada à Mesa Diretora do CNS a demanda de pauta para**  
1234 **debater a Política de Saneamento Rural.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS,  
1235 explicou que a COFIN não conseguiu sistematizar e encaminhar à SPO proposta de novo objetivo e  
1236 novas iniciativas. Diante do avançado da hora e do esvaziamento do Pleno, sugeriu debater essas  
1237 propostas em outro momento. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu a apreciação das  
1238 propostas naquele momento. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que  
1239 a proposta da FENACELBRA é incluir novo objetivo no PPA “Promover atenção integral à saúde e  
1240 nutrição de pessoas com intolerância alimentar permanente.”, com metas e iniciativas. Avaliou que a  
1241 proposta, pela sua especificidade, contraria a lógica do PPA que trabalha com macroobjetivos de redes  
1242 de atenção. Sendo assim, sugeriu contemplar o conjunto das iniciativas e metas sugeridas pela  
1243 FENACELBRA no Objetivo “Garantir acesso de qualidade com equidade em tempo adequado às  
1244 necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção  
1245 especializada” e no Objetivo “Reducir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de  
1246 promoção e vigilância em saúde.” Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** explicou que as propostas  
1247 da FENACELBRA não foram sistematizadas e encaminhadas à SPO/MS. Concordou com a proposta do  
1248 Ministro da Saúde sobre a incorporação das metas e iniciativas nos objetivos do PPA. **Aprovada a**  
1249 **incorporação do conjunto das iniciativas e metas sugeridas pela FENACELBRA no Objetivo**  
1250 **“Garantir acesso de qualidade com equidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos**  
1251 **cidadãos, aprimorando a Política de atenção básica e a atenção especializada” e no Objetivo**  
1252 **“Reducir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância**  
1253 **em saúde.” Sobre as sugestões da ANAPAC, o Pleno acatou a proposta do Conselheiro**  
1254 **Alexandre Rocha Padilha, Presidente do CNS, de remeter à área técnica para incorporação nos**  
1255 **objetivos do PPA.** Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a inclusão de novo objetivo no  
1256 PPA nos seguintes termos: “elaboração e implantação de uma política de comunicação e informação em  
1257 saúde”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, propôs contemplar a sugestão da  
1258 conselheira Maria de Lourdes como iniciativa no Objetivo “Implementar novo modelo de gestão e  
1259 instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com  
1260 foco em resultados, participação social e financiamento estável.” Conselheira **Maria de Lourdes**  
1261 **Rodrigues** insistiu na proposta para garantir a comunicação em saúde como eixo estratégico. **Após**  
1262 **ponderações, o Pleno decidiu incluir nova estratégia no PPA “elaboração e implantação de uma**  
1263 **política de comunicação e informação em saúde” e, posteriormente, debater a possibilidade de**  
1264 **incluir o tema como objetivo do PPA.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza** saudou a iniciativa do  
1265 Ministério da Saúde em debater o PPA no CNS e registrou que, de um lado, o Plano avança como  
1266 instrumento para gestão e planejamento, mas, de outro, não avança no enfrentamento da inequidade,  
1267 por exemplo. Também registrou como desafio o acompanhamento da implementação do Plano e a  
1268 interação com outros setores (prevideência, trabalho...). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** saudou  
1269 o CNS pela contribuição ao processo de elaboração do PPA e destacou a responsabilidade do CNS em  
1270 monitorar a implementação do Plano. Conselheira **Jurema Werneck** avaliou que o processo de  
1271 construção coletiva do PNS/PPA 2012/2015 é um avanço e possibilitou derrubar os mitos. O primeiro é  
1272 que representantes da área técnica de planejamento não conseguem se comunicar com pessoas que  
1273 não sejam da mesma área e o segundo é que o movimento social e entidade de usuários não têm  
1274 qualificação para e planejar e pensar o horizonte da saúde para além das suas questões específicas.  
1275 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** disse que o CNS provou mais uma vez que é capaz de

1276 exercer o seu papel de participar da formulação das políticas públicas e reconheceu que esse processo  
1277 de construção coletiva foi possível graças ao trabalho da COFIN e à parceria com a SPO/MS.  
1278 Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou os componentes da mesa, em especial o Presidente do  
1279 CNS que acompanhou todo o debate do PPA. Avaliou que, a partir do parâmetro disponível (PPA),  
1280 deve-se buscar saídas criativas para que o SUS avance. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**  
1281 aproveitou a oportunidade para solicitar manifestação do Ministro da Saúde sobre o PL relativo à  
1282 empresa brasileira de serviços hospitalares, protocolado na Câmara dos Deputados. Conselheira **Maria**  
1283 **de Lourdes Rodrigues** também registrou a sua satisfação por participar desse momento histórico de  
1284 construção do PPA e ressaltou o anseio de que essa iniciativa repercuta nos estados. Conselheira  
1285 **Rosangela da Silva Santos** agradeceu a COFIN pelo trabalho e a equipe da SPO pela contribuição.  
1286 Também registrou esse momento de conquista da área dos pacientes renais, das patologias e das  
1287 deficiências de contribuir no PPA visando garantir melhor qualidade de vida dos cidadãos do país.  
1288 Conselheira **Marisa Furia Silva** também ressaltou esse marco histórico de contribuir com a formulação  
1289 do PPA e salientou que aponta nova perspectiva principalmente para as pessoas com autismo que  
1290 sofrem com a falta de atendimento no país. Agradeceu o Ministério da Saúde pela oportunidade e a  
1291 COFIN pelo trabalho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que esse momento demonstra  
1292 a vontade política da gestão do Ministério da Saúde em acertar e responder a problemas do SUS.  
1293 Também ressaltou que é preciso ter ousadia sobre o SUS que se espera daqui há anos, portanto, é  
1294 preciso discutir com mais profundidade os objetivos da promoção e da vigilância. Pontuou como desafios  
1295 pensar metodologia para um balanço semestral dos objetivos; fazer repercutir essa ação nos estados e  
1296 municípios; e conciliar as deliberações da 14ª CNS ao PPA. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**  
1297 saudou a equipe da SPO e destacou a presença do Presidente do CNS no debate do PPA com o CNS.  
1298 Desculpou-se, em nome da COFIN, pela não sistematização das propostas da FENACELBRA e  
1299 registrou que a Comissão enviou à SPO 94 propostas de metas e 65 propostas de iniciativas. Também  
1300 agradeceu o esforço dos integrantes da COFIN, do assessor da Comissão, da assessoria técnica da  
1301 Comissão, da Secretaria-Executiva do CNS e dos conselheiros nesse processo. Por fim, salientou que é  
1302 preciso disponibilizar a Lei Orçamentária 2012 o mais breve possível para o CNS possa contribuir. O  
1303 representante da SPO, **Airton Galiciano**, aproveitou para agradecer a oportunidade de participar desse  
1304 processo e, após participar da construção de três PNSs e quatro PPAs, reconheceu a importância da  
1305 participação do Conselho nessa elaboração. Avaliou que se tem avançado na linha de construir um  
1306 instrumento que retrate a realidade e agradeceu a equipe da SPO. Disse que em setembro será  
1307 apresentado o PNS para discussão mais ampliada e aprovação e a Secretaria trabalha na conclusão da  
1308 Programação Orçamentária do PPA para executá-la a partir de janeiro de 2012. Conselheiro **Alexandre**  
1309 **Rocha Padilha**, Presidente do CNS, ressaltou que o processo de construção do PPA iniciou-se em  
1310 fevereiro de 2011 e, nesse processo, foram enfrentadas dificuldades para sintetizar a proposta em  
1311 quinze objetivos estratégicos. Destacou que a construção somente foi possível graças à definição de  
1312 consensos, à vontade política e à certeza de onde se quer chegar. Também salientou a participação do  
1313 CNS na construção do Plano, com maturidade e compromisso. Disse que o PPA ganha importância  
1314 ainda maior com o decreto presidencial, de 29 de julho, que dispõe sobre o contrato de ação pública e  
1315 cria o instrumento do mapa de saúde. Ressaltou que os mapas de metas de cada região deverão refletir  
1316 o PPA e, portanto, será necessário fortalecer a estratégia de contratualização entre União, Estados e  
1317 Municípios em cada uma das regiões de saúde. Acrescentou que o decreto determina ainda que as  
1318 metas serão estabelecidas por um Plano Nacional de Saúde cujas diretrizes serão definidas pelo CNS.  
1319 Concordou que é preciso firmar compromisso de monitoramento do Plano e destacou que o instrumento,  
1320 em construção pelo Ministério da Saúde, está à disposição para ser utilizado no acompanhamento da  
1321 execução do Plano e da Programação Anual. Finalizando, disse que o Ministério da Saúde foi o primeiro  
1322 a utilizar a nova metodologia do PPA 2012-2015 proposta pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e  
1323 Gestão e a combinar PPA e PNS. Por fim, registrou a colaboração de todos os órgãos do Ministério da  
1324 Saúde nesse processo e reiterou o amadurecimento do CNS na construção do PPA. Com essas  
1325 palavras, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** -  
1326 **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da**  
1327 **Silva Cardoso, Artur Custódio M. de Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo**  
1328 **Dzuawi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior,**  
1329 **Geraldo Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, José Marcos de**  
1330 **Oliveira, Junéia Martins Batista, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Lígia Bahia, Luiz**  
1331 **Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria Thereza A.**  
1332 **Antunes, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Guilherme**  
1333 **Romano, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Solange Aparecida**  
1334 **Caetano, Ubiratan Cassano Santos, Volmir Raimondi e Wilen Heil e Silva. Suplentes: Ana Maria R.**  
1335 **da Silva, Bruno Metre Fernandes, Eliane Aparecida da Cruz, Eurídice Ferreira de Almeida,**  
1336 **Graciara Matos de Azevedo, Jovita José Rosa, José Naum de Mesquita Chagas, Juarez Pires de**

1337 **Souza, Júlia Maria Roland, Júlio A. Gevaerd, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos,**  
1338 **Maria Laura Carvalho Bicca, Milton de Arruda Martins, Nely Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi**  
1339 **Tomita, Paulo César Augusto de Souza, Ronald Ferreira dos Santos e Verônica Lourenço da Silva.**  
1340 A Secretaria-Executiva do CNS iniciou o segundo dia de reunião com os itens pendentes. Conselheiro  
1341 **José Marcos de Oliveira** apresentou a proposta de resolução do GT Tuberculose reelaborada com as  
1342 sugestões dos conselheiros feitas no dia anterior. O texto da resolução é o seguinte: "Considerando que  
1343 o enfrentamento da tuberculose está na agenda de prioridades do Ministério da Saúde e, de acordo com  
1344 a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por  
1345 80% do total de casos no mundo e que, no ano de 2009, foram notificados 72 mil novos casos e morrem  
1346 aproximadamente 4.8 mil pacientes no país, ao ano; Considerando que a tuberculose é a 4ª causa de  
1347 morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte das pessoas vivendo com HIV/AIDS; Considerando  
1348 ainda que o controle da tuberculose é baseado na busca de casos e na realização do diagnóstico  
1349 precoce, adequado, com disponibilização de tratamento até a cura para interromper a cadeia de  
1350 transmissão e evitar possíveis adoecimentos; Considerando ainda que o Brasil segue as determinações  
1351 da OMS (STOP-TB) comprometendo-se a detectar 70% dos casos bacilíferos estimados e a curar, pelo  
1352 menos, 85% dos casos em tratamento e que para o alcance desta meta o Ministério da Saúde pactuou o  
1353 fortalecimento da estratégia do tratamento diretamente observado (TDO) com as demais esferas de  
1354 gestão como principal instrumento para alcançar as metas internacionais; Considerando ainda que, para  
1355 o controle da coinfecção TB/HIV, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) trabalha de  
1356 forma articulada com o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais na elaboração de estratégias  
1357 conjuntas com o objetivo de ampliar a cobertura do teste rápido anti-HIV e o aconselhamento para todos  
1358 os portadores de tuberculose, além de ampliar o teste de PPD e o tratamento da infecção latente para  
1359 todos os portadores de HIV; Considerando que se torna imperativa a necessidade de prevenir e controlar  
1360 a tuberculose multirresistente (TB MDR) no Brasil; Considerando que as populações mais vulneráveis,  
1361 entre as quais estão as comunidades empobrecidas, populações em situação de rua, população negra,  
1362 privadas de liberdade, indígenas e pessoas vivendo com o HIV/AIDS, são as mais atingidas por essa  
1363 patologia, aponta-se à tuberculose em consonância com a Política Nacional de Direitos Humanos;  
1364 Considerando que os sistemas de notificação e informação não subsidiam com as informações  
1365 necessárias para a tomada de decisão em tempo oportuno; e Considerando ainda que as ações e  
1366 estratégias de fortalecimento do SUS são de fundamental importância para o enfrentamento da  
1367 tuberculose no país a partir de parâmetros estabelecidos nos Pactos Pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto  
1368 em Defesa do SUS. Resolve: **1.** Estabelecer que as atividades finais do Programa sejam executadas  
1369 pelas unidades regulares de saúde nas três esferas de gestão com ênfase na atenção primária. **2.** Que o  
1370 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 baciloscopy e do teste de  
1372 cultura do Bacilo de Koch (BK). **4.** Implantar o teste rápido para a tuberculose em todo o país. **5.**  
1373 Viabilizar a produção nacional dos medicamentos em dose fixa combinada ("4 em 1"). **6.** Intensificar as  
1374 ações de controle da infecção e aprofundar o controle da TB MDR no âmbito nacional. **7.** Ampliar as  
1375 ações de controle da coinfecção TB/HIV, visando à implantação das medidas de redução dos casos de  
1376 tuberculose entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS e estruturar um Comitê Técnico Nacional em  
1377 TB/HIV que discuta as estratégias para o enfrentamento da coinfecção no país. **8.** Ampliar a realização  
1378 do tratamento diretamente observado (TDO) com qualidade. **9.** Alinhar a área de capacitações do PNCT  
1379 com a política de educação permanente do Ministério da Saúde. **10.** Expandir a política de pesquisa  
1380 sobre tuberculose no Brasil. **11.** Desenvolver ações e estratégias que considerem as necessidades das  
1381 comunidades empobrecidas, da população negra, da população em situação de rua, população privada  
1382 de liberdade e comunidades indígenas e pessoas vivendo com HIV/AIDS a fim de aperfeiçoar o controle  
1383 da tuberculose nessas populações. **12.** Constituir um comitê Intersetorial com a participação da  
1384 sociedade civil, para o desenvolvimento de ações conjuntas de modo a enfrentar os determinantes  
1385 sociais relacionados à tuberculose, em especial os que possuem relação direta com a pobreza e a  
1386 dificuldade de acesso. **13.** Garantir que as ações de prevenção e controle da tuberculose sejam  
1387 priorizadas nas ações governamentais de desenvolvimento econômico e social a exemplo do Plano de  
1388 Aceleração do Crescimento – PAC. **14.** Que o Conselho Nacional de Saúde acompanhe a execução do  
1389 Programa de Controle da Tuberculose regularmente, disponibilizando ao CONASS, CONASEMS e  
1390 CNAS as informações anuais que deverão ser elaborados pelo PNCT. **15.** Que o Ministério da Saúde  
1391 garanta e normatize os projetos vinculados a organismos de apoio técnico-científico bi e multilaterais. **16.**  
1392 Garantir a produção e veiculação de campanhas de prevenção, educação e sensibilização sobre  
1393 tuberculose de massa com caráter permanente. **Deliberação: a resolução elaborada pelo GT**  
1394 **Tuberculose, com as contribuições dos conselheiros, foi aprovada por unanimidade.** Indicações: A  
1395 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a vaga da FENAFAR na  
1396 COFIN/CNS será ocupada pelo Conselho Federal de Serviço Social. Também apresentou a proposta de  
1397 realizar o Seminário Internacional para apresentação do resultado do Laboratório de Inovações: inclusão

1398 de cidadãos na implementação das políticas públicas, em parceria com a OPAS/OMS, nos dias 7 e 8 de  
1399 novembro de 2011. **Deliberação: aprovada a realização do Seminário Internacional para**  
1400 **apresentação do resultado do Laboratório de Inovações nos dias 7 e 8 de novembro de 2011.**  
1401 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que foram recebidas 21 experiências e a equipe da UnB  
1402 aprofundou a análise da experiência de Tocantins que teve como resultado a inclusão de representantes  
1403 de assentados no Conselho de Saúde. Disse que, encerrado o prazo final para de envio, as experiências  
1404 serão analisadas e selecionadas cinco (duas de municípios, uma de estado, uma no âmbito federal e  
1405 uma do movimento social). A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou  
1406 que a idéia inicial é garantir a participação no Seminário dos 144 conselheiros nacionais, coordenadores  
1407 da Plenária de Conselhos de Saúde, presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde, CONASS,  
1408 CONASEMS e convidados internacionais. De todo modo, disse que o GT fará uma proposta de  
1409 participantes para ser apresentada ao Pleno. A esse respeito, foi sugerido convidar representação do  
1410 Chile para o Seminário. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, também  
1411 informou a realização e os resultados do encontro das Secretarias-Executivas dos Conselhos, no dia 1º  
1412 de julho de 2011, com destaque para elaboração de mapa das Conferências (foram realizadas, até o  
1413 momento, quase 3 mil conferências municipais), balanço do Programa de Inclusão Digital e debate sobre  
1414 o Cadastro dos Conselhos de Saúde. Além disso, disse que na oportunidade foi sugerida a elaboração  
1415 de um manual para as Secretarias-Executivas dos Conselhos e solicitada reunião da Mesa Diretora do  
1416 CNS com os presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde. Ressaltou que a Mesa Diretora do CNS  
1417 discutirá como encaminhar a demanda de uma reunião com os presidentes dos CESs. **Deliberação: o**  
1418 **Plenário aprovou as propostas de elaborar um manual para as Secretarias-Executivas dos**  
1419 **Conselhos e promover encontro com os presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde (a Mesa**  
1420 **Diretora do CNS irá preparar uma proposta para ser apresentada ao Plenário).** Por fim, informou  
1421 que a Ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, convida o CNS para a  
1422 cerimônia de sanção do PLC SUAS 189/2010, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de  
1423 Assistência Social, às 11h, no Palácio do Planalto, com a presença da Presidente da República.  
1424 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a satisfação com sanção do PLC SUAS 189/2010 por  
1425 se tratar de uma resposta à dívida social com a população. **ITEM 6 – TEMA DA 14ª CONFERÊNCIA**  
1426 **NACIONAL DE SAÚDE: ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE. FINANCIAMENTO**  
1427 **NECESSÁRIO – Apresentação:** **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção à Saúde –  
1428 SAS/MS; Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos trabalhadores da saúde; e  
1429 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, representante dos usuários. **Coordenação:** Conselheira **Jurema**  
1430 **Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro a expor sobre o tema acesso e acolhimento com  
1431 qualidade e financiamento necessário foi o Secretário de Atenção à Saúde/MS, conselheiro **Helvécio**  
1432 **Miranda Magalhães Júnior**. Na sua explanação, optou por uma abordagem diferente da tradicional com  
1433 enfoque em princípios e formatos de financiamento de componentes específicos. Começou destacando  
1434 os princípios do SUS e da Política Nacional de Humanização: universalidade, acesso e acolhimento,  
1435 equidade (classificação de Risco como um dos dispositivos de qualificação do cuidado) e integralidade  
1436 (sujeito e não doença, multidisciplinaridade e Redes de Atenção à Saúde – RAS). Explicou que o  
1437 conceito de “saúde como direito de todos, em todos os lugares” visa garantir acesso universal efetivo  
1438 com qualidade. Para isso, disse que se deve, dentre outras iniciativas, combinar estratégias regulatórias,  
1439 educacionais, financeiras e de apoio técnico e profissional, definir Mapa das Necessidades de  
1440 Especialidades Médicas por regiões (o Mapa vai orientar a abertura de vagas só onde há necessidade),  
1441 investir na qualidade da formação e no fortalecimento do papel do médico de família e fortalecer  
1442 iniciativas junto ao MEC para mudança na graduação (Pró-Saúde, Pet-Saúde etc). Ainda sobre a  
1443 “saúde: direito de todos em todos os lugares”, destacou iniciativas para garantir acesso e qualidade  
1444 como desconto na Dívida do FIES (1% ao mês – no mínimo 1 ano), oferta a todos de residência e  
1445 especialização em Saúde da Família e oferta de Telessaúde com 2º opinião formativa, apoio diagnóstico  
1446 e tutoria à distância. Ressaltou que, para tratar de acesso e qualidade, é preciso considerar as  
1447 diferenças regionais. Nessa linha, destacou formatos específicos das equipes para localidades de difícil  
1448 provimento e fixação dos profissionais e o Plano Brasil sem Miséria (construção de UBS e geração de  
1449 emprego, Saúde da Família e Saúde Bucal Especializada, população de Rua – consultórios de rua e  
1450 papel dos Agentes Comunitários na inclusão social). Na lógica de mais qualidade e resolutividade na AB,  
1451 citou as ações de fortalecimento e ampliação expressiva do número de NASF e do escopo de ações e  
1452 ampliação do número de municípios que podem credenciar (de 870 para aproximadamente 4.524).  
1453 Salientou que essas questões trazem para o eixo da organização do Sistema (Redes) os conteúdos da  
1454 humanização e a Política Nacional de Humanização passa a ser um componente exigido nas redes.  
1455 Também falou do acolhimento com classificação de risco como dispositivo de qualificação do cuidado,  
1456 explicando que, com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário,  
1457 é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades,  
1458 ampliando a efetividade das práticas de saúde. Nesse ponto, destacou o Programa de Melhoria do

1459 Acesso e da Qualidade da AB (Saúde da Família + UBS tradicionais) que visa apoiar tecnicamente e  
1460 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,  
1461 falou do aumento dos repasses do PAB Fixo e Variável - competência 2011, explicando que o valor da  
1462 equipe de saúde da família terá acréscimo de 50% desde que haja melhoria de qualidade. Detalhou que  
1463 o aumento equitativo do PAB segue os seguintes critérios: PIB per capita (Peso 2), percentual de  
1464 pessoas na extrema pobreza ou percentual de família nos Bolsa Família – o que for maior (Peso 1),  
1465 percentual de pessoas sem Plano de Saúde (Peso 1) e densidade demográfica (Peso 1). Acrescentou  
1466 que a distribuição do aumento equitativo do PAB é a seguinte: Grupo I: os 70,1% com piores  
1467 indicadores, excluídos os municípios com mais de 50 mil habitantes, Grupo II: os 20,1% seguintes com  
1468 piores indicadores, excluídos os municípios com mais de 100 mil habitantes, Grupo III: os 7% seguintes  
1469 com piores indicadores, excluídos os maiores que 500 mil habitantes e Grupo IV: os 2,8% com melhores  
1470 indicadores e municípios com mais de 500 mil habitantes. Explicou que estão sendo publicadas as  
1471 Portarias com as mudanças de valores, além da correção de valores para todos. Também disse que a  
1472 atenção básica terá um incremento R\$ 1 bilhão, porque as iniciativas previstas necessitam de orçamento  
1473 adicional. Ressaltou ainda que as três Redes (Rede de Atenção Materno Infantil – RMI, Rede de  
1474 Atenção Psicossocial – RAPS e Rede de Atenção à Urgência e Emergência – RUE) também terão  
1475 investimento (recurso disponível e adicional (EC nº. 29)), na lógica da garantia do acesso com qualidade.  
1476 Nessa linha, destacou os Contratos de Ação Organizativa Pública com compromissos de Municípios,  
1477 Estados e União. Para ilustrar, explicou que, de 2011 a 2014, a previsão é de R\$ 17.568.607.665,48  
1478 para financiamento da Rede Cegonha. Para financiamento da Rede de Atenção às Urgências e  
1479 Emergências – RUE, o investimento será de R\$ 16.219.393.277,47. No caso da Rede de Atenção  
1480 Integral de Saúde aos Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas – RAPS, o financiamento será de R\$  
1481 3.818.330.000,00, de 2011 a 2014. Ressaltou que, para implantação da RAS, será necessário pactuação  
1482 tripartite: desenho, financiamento e acompanhamento, governança: CGR e CIB, Grupo Condutor com  
1483 apoio institucional do MS, Controle Social, planejamento locorregional: Plano de Ação e território: regiões  
1484 de saúde referendada pelo Decreto. Por fim, salientou que a proposta é fortalecer a atenção básica e  
1485 financiar Redes, sendo necessário recurso para isso. Portanto, frisou que é preciso maior investimento  
1486 do governo federal e cumprimento do percentual a ser aplicado pelos Estados. O segundo expositor foi o  
1487 conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, representante dos usuários, que trouxe aspectos para reflexão do  
1488 Pleno. Começou com a seguinte citação para suscitar reflexão sobre as conferências e o debate do ciclo  
1489 orçamentário nesses espaços: “Se de dois em dois anos as conferências não fazem sentido, exatamente  
1490 por falta de uma pauta que fosse compreensível às pessoas de forma geral, com uma metodologia e  
1491 critérios que não dialogam com as realidades do Brasil, a sua periodicidade perdem ainda mais o  
1492 sentido, na medida em que estão em desencontro com o Ciclo Orçamentário.” Acrescentou que é  
1493 preciso entender a importância de manter a dinâmica de conferências, mas estas precisam fazer sentido  
1494 e este começa com a mobilização, passa pela apropriação do conteúdo e realidade e pelo processo  
1495 decisório. A realização das decisões começa a acontecer quando há previsão no orçamento.  
1496 Completado esse processo, é possível desencadear uma cultura de controle da execução da política.  
1497 Seguindo, mostrou dois quadros, o primeiro com gastos do Ministério da Saúde, de R\$ 44,86 bilhões em  
1498 1995 para R\$ 61.97 bilhões em 2008 e o segundo com os débitos dos Estados relativos à EC nº. 29, de  
1499 2000 a 2008, no total de R\$ 27,6 bilhões. Destacou os Estados do Rio Grande do Sul e Minas Gerais  
1500 que aplicaram, respectivamente, 4,37% e 8,65% dos 12% devidos. Também ressaltou o aumento dos  
1501 gastos municipais com saúde – recursos próprios, de 2000 a 2009, e citou que, em 2009, foi de R\$ 34,6.  
1502 Salientou que é preciso analisar os dados relativos a esses gastos a fim de verificar se, de fato, são  
1503 reais. Mostrou o cenário sobre a regulamentação da EC nº 29, destacando: LOA-2011 (VNP): R\$ 71,5  
1504 bilhões; PLP 306-B-2008 Câmara dos Deputados (VNP) sem a CSS (perda de R\$ 7 bi do FUNDEB): R\$  
1505 64,5 bilhões; PLP-306/B-2008 Câmara dos Deputados (VNP) com a CSS (ganho final de R\$ 8,2 bi): R\$  
1506 79,7 bilhões; PLS-121-2007 Tião Viana - Senado Federal (10% RCB de R\$ 1.040 bi): R\$ 104 bi; PLS  
1507 121-2007 do Senador Tião Viana - Senado Federal + CSS (10% RCB com CSS: R\$ 32,5; + CSS líquida  
1508 de R\$ 8,2; ganho de R\$ 40,7): R\$ 112,2 bilhões; e PLS 156 – 2007, Senado Federal (18% RCL de 551,2  
1509 bi = 99,2 - ganho de 27,7): R\$ 99,2 bilhões. Também falou do Projeto da Reforma Tributária, em votação  
1510 no Congresso, explicando que “faz mal à saúde” porque acaba com a seguridade social, coloca em risco  
1511 o financiamento do sistema de proteção social, garantido pelos constituintes de 1988, e troca  
1512 contribuições sociais por impostos com regras desfavoráveis. Ainda sobre a reforma tributária, destacou  
1513 a possibilidade de Estados terem fundos de desenvolvimento onde os empresários podem aplicar  
1514 recursos e deduzi-los do ICMS (0,5% a 8%), a criação do Fundo de Equalização das Receitas  
1515 (compensação de perda de ICMS - irá compensar perdas do ICMS da saúde e educação?) e o risco de  
1516 se negociar a implantação de DRE e DRU com perda potencial de mais 20% da receita para saúde e  
1517 educação. Também apontou as primeiras estimativas de perda para a seguridade (saúde-previdência-  
1518 assistência social), explicando que, considerando dados de 2007 e após desconto da DRU, a perda seria  
1519

1520 de R\$ 43,6 bi. Destacou, além disso, que, em 2009, a aplicação pública brasileira/dia com saúde foi de  
1521 R\$1,82 por dia. Também apresentou, para reflexão, dados sobre a renúncia fiscal na saúde (União,  
1522 Brasil-2009), quais sejam: IRPF - despesas médicas: R\$ 3,1 bilhões; IRPJ - Assistência a empregados:  
1523 médica, odontológica, farmacêutica: R\$ 2,3 bi; entidades sem fins lucrativos - assistência social: R\$ 2,1  
1524 bi; Indústria Farmacêutica (medicamentos): R\$ 5,1 bi; e total de benefício tributário para saúde: R\$ 12,6  
1525 bi. Segundo falou sobre o Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011, explicando, quanto à rede  
1526 regionalizada, uma das questões fundamentais de avanço diz respeito à definição de que a região de  
1527 saúde será a base de alocação de recursos. Disse que, se assim for, é possível resolver dois grandes  
1528 problemas: distribuir melhor as regiões de saúde e melhorar a relação entre os municípios pequenos e  
1529 os de referência (estes enfrentam atritos devido à abrangência dos serviços). Explicou que estudo do  
1530 CEBES e da USP apontou que o gasto total em saúde no Brasil, no ano de 2006, foi de 198 bilhões de  
1531 reais, sendo predominante o gasto hospitalar com aproximadamente 67% desse valor. Outro dado  
1532 interessante do estudo é que o gasto hospitalar no SUS é maior do que no setor privado e um dos  
1533 motivos disso é que 30% das internações realizadas não requerem cuidados hospitalares, representando  
1534 um custo de R\$ 10 bilhões para o país, muitas vezes ocorridas na rede pública. Destacou ainda que o  
1535 financiamento do setor hospitalar é 58% público, enquanto que as fontes privadas são responsáveis por  
1536 42%. Desse total privado, o gasto direto realizado pelas famílias nos hospitais ainda é alto no país,  
1537 correspondendo a 8,5% desse total. Disse que a pesquisa abordou ainda a taxa média de ocupação dos  
1538 leitos hospitalares, revelando que 2/3 dos leitos do SUS não precisariam existir. Salientou que essa é  
1539 uma conclusão simplista, uma vez que apenas 37% dos leitos SUS são utilizados no país, enquanto que  
1540 a taxa média de ocupação dos países desenvolvidos gira em torno de 70 a 75%. Na verdade, 95% dos  
1541 hospitais brasileiros não sabem quanto custa os serviços que produz (dados de 2006). Entre as  
1542 conclusões do estudo, destacou a baixa governança dos hospitais públicos, com pouca autonomia e  
1543 responsabilização dos gestores, com mecanismos de financiamento sem relação com os custos e não  
1544 focados no desempenho. Ressaltou ainda que o Sistema Único de Saúde padece de duas deficiências  
1545 graves e crônicas: gestão ineficaz e recursos insuficientes. Segundo o conselheiro, o usuário que se vê  
1546 obrigado a recorrer ao SUS é, em boa parte das vezes, submetido a um calvário, com tratamento ruim e  
1547 espera desumana por exames e procedimentos mais complexos. Encaminhando-se para o final da sua  
1548 exposição, mostrou um gráfico com a divisão do Orçamento Geral da União 2010 (R\$ 1,414 trilhão):  
1549 saúde: R\$ 3,91%; previdência social (incluída a previdência dos servidores): 22,12%; transferência  
1550 estados e municípios: 9,24%; saneamento: 0,04%; habitação: 0; urbanismo: 0,13%; direito à cidadania:  
1551 0,09%; educação: 2,8%; cultura: 0,06%; trânsito: 0,20%; e gestão ambiental: 0,15%. Citou esses dados  
1552 para destacar que é preciso discutir a lógica do orçamento da União, tendo em vista que 44,3% do total  
1553 do orçamento de 2010, R\$ 635 bilhões, destinou-se ao pagamento de juros, amortização e  
1554 refinanciamento da dívida (Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download (execução do Orçamento  
1555 da União). Para detalhar melhor a situação, mostrou outro gráfico sobre os Credores da dívida externa  
1556 (abril de 2010), sendo: fundos de pensão: 16%; fundos de investimento: 21%; empresas não financeiras:  
1557 8%; e bancos nacionais estrangeiros: 55% (Fonte: SIAFI - Banco de Dados Access p/ download  
1558 (execução do Orçamento da União) – Disponível em  
1559 <http://www.camara.gov.br/internet/orcamento/bd/exe2010mdb.EXE>. Elaboração: Auditoria Cidadã da  
1560 Dívida). Na sequência, conselheiro **Francisco Batista Júnior** fez uma exposição sobre o financiamento  
1561 do SUS, ressaltando que, inicialmente, é preciso reconhecer que o Sistema é subfinanciado, mas a  
1562 simples alocação de mais recursos não é a solução. Portanto, o debate sobre financiamento vai além  
1563 dos números, tratando-se de um debate político. Explicou que a Constituição Federal de 1988, nas  
1564 disposições transitórias, determina que o SUS tem direito a 30% do orçamento da Seguridade Social.  
1565 Contudo, durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso houve uma desconstrução  
1566 jurídica e política desse dispositivo. Também destacou que a CPMF teve uma destinação diversa da  
1567 originalmente estabelecida pela legislação. Na definição do cenário, explicou que o Orçamento da  
1568 Seguridade Social 2010 foi de R\$ 458,6 bi e, nesse ano, houve um superávit no financiamento da  
1569 seguridade social de mais R\$ 58 bi. Ressaltou que esses dados se contrapõem ao discurso insistente da  
1570 mídia de que não há recurso para a saúde e o problema das finanças do país refere-se à previdência.  
1571 Explicou que o grande problema das finanças do país é a dívida pública, mas deixou claro que não  
1572 estava defendendo o não pagamento desta. Para ilustrar a situação, explicou que, em 2004, quando o  
1573 Ex-Presidente da República Fernando Henrique assumiu o governo, a dívida pública era de R\$ 60  
1574 bilhões. Quando o Ex-Presidente da República, Luís Inácio Lula, assumiu o governo, em 2002, já haviam  
1575 sido pagos mais de R\$ 800 bilhões e a dívida saltou de R\$ 60 bilhões para R\$ 670 bilhões. Ressaltou  
1576 que o governo Lula pagou mais de R\$ 1 trilhão e a dívida saltou de R\$ 670 bilhões para R\$ 1,5 trilhão.  
1577 Explicou que no primeiro quadrimestre de 2011 o governo fez um esforço para economizar,  
1578 principalmente das áreas sociais, R\$ 57 bilhões para pagar os juros da dívida e, nesse período, esses  
1579 juros corresponderam a R\$ 78 bilhões. Ressaltou que a projeção é de R\$ 117 bilhões de gastos com a  
1580 dívida em 2011 e os números podem ser superiores a isso. Também destacou que trazem prejuízos ao

1581 financiamento do SUS os benefícios tributários, a Desvinculação das Receitas da União e o não  
1582 reembolso por parte dos planos de saúde. Todavia, disse que a mais recente ameaça ao orçamento do  
1583 SUS é a proposta de reforma tributária que tramita no Congresso Nacional. Segundo, fez um resgate  
1584 histórico sobre o financiamento do SUS, destacando os seguintes aspectos: aprovação da Emenda  
1585 Constitucional 29 no ano 2000; fim da Contribuição provisória sobre as movimentações financeiras;  
1586 financiamento permanentemente insuficiente; descumprimento da Constituição Federal/88;  
1587 desresponsabilização significativa dos entes federal e estaduais; distorções do modelo de  
1588 Financiamento: financiamento da Atenção Básica subdimensionado, lógica instituída de pagamentos por  
1589 procedimentos, privatização – o privado substitutivo e não complementar, privatização nas ações e  
1590 serviços especializados e de alto custo, na força de trabalho – terceirizações, cooperativas e na gerência  
1591 e gestão dos serviços – OS, OSCIPS e “Parceiros privados”. Para se contrapor ao discurso de que a  
1592 privatização possui amparo legal, citou dispositivos da Constituição Federal. Destacou que o art. 199 da  
1593 Constituição Federal determina que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições  
1594 privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes  
1595 deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as  
1596 sem fins lucrativos. Por outro lado, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou  
1597 subvenções às instituições privadas com fins lucrativos e a participação direta ou indireta de empresas  
1598 ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. Acrescentou  
1599 que o art. 17 da Lei nº. 8.080/90 determina que à direção estadual do Sistema Único de Saúde compete  
1600 identificar estabelecimentos hospitalares de referência, gerir sistemas públicos de alta complexidade, de  
1601 referência estadual e regional e coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e  
1602 hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa. Além disso, o art.  
1603 18 da Lei nº. 8.080/90 determina, dentre outros aspectos, que à direção municipal do Sistema Único de  
1604 Saúde compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar  
1605 os serviços públicos de saúde e gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros. Desse modo,  
1606 ressaltou que a Lei é clara ao não permitir a gestão de sistemas por OSs, por exemplo. Também falou da  
1607 complementaridade, explicando que o art. 24 da Lei nº. 8.080/90 determina que “Quando as suas  
1608 disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma  
1609 determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa  
1610 privada. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou  
1611 convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.” Segundo, destacou as consequências  
1612 da privatização: precarização do trabalho e da sua remuneração; distorções salariais; absoluta  
1613 dependência dos serviços privados; fuga e dependência de profissionais especialistas e de corporações  
1614 organizadas; comprometimento do acesso e do financiamento; e crescente demanda reprimida. Também  
1615 citou alguns dados a serem considerados no debate: 1) estabelecimentos de saúde com internação: em  
1616 2005, 2.727 públicos e 4.428 privados; e, em 2009, 2.839 privados e 4.036 públicos; 2) leitos em  
1617 estabelecimentos de saúde: em 2005, 148.966 públicos e 294.244 privados; e, em 2009, 152.892  
1618 públicos e 279.104 privados; 3) distribuição dos postos de trabalho de auxiliares e técnicos: a) 1986:  
1619 53% público; 0% municipais: e 47% privado, 2002: 52% público; 30% municipal; e  
1620 48% privado; 2006: 55% público; 34% municipal e 45% privado; b) distribuição dos postos de trabalho de  
1621 enfermeiros: em 1986, 68% públicos, 0% municipais e 32% privado; em 2002, 65% públicos, 41%  
1622 municipais e 35% privado; em 2006, 67% públicos, 46% municipais e 33% privado; c) distribuição dos  
1623 postos de trabalho de médicos: em 1986, 53% públicos, 0% municipais e 47% privados; em 2002,  
1624 45% públicos, 29% municipais e 55% privados; e, em 2009, 45% públicos, 30% municipais e 55%  
1625 privado; d) distribuição dos postos de trabalho dos odontólogos: em 1986, 59% públicos e 41% privados;  
1626 em 2002, 42 % públicos, 14 % municipais e 58 % privados; em 2009, 63% públicos, 55% municipais e  
1627 37% privados. Por fim, apresentou as seguintes propostas relativas ao financiamento do SUS:  
1628 regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Proposta do Tião Viana); ampliar o financiamento da  
1629 atenção básica; pactuar com estados e municípios a estruturação e ampliação da rede pública de  
1630 serviços em todos os níveis de atenção; promover autonomia administrativa e orçamentária dos serviços  
1631 com contratos de gestão e avaliação permanente; implantar a profissionalização da gestão; e pactuar  
1632 com os outros entes federados a carreira única do SUS. Concluídas as intervenções, a mesa abriu para  
1633 manifestações. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** interveio para apresentar dados que mostram a causa da  
1634 desestruturação do Sistema. Do gasto total com saúde, apenas 41% é público, um percentual inferior se  
1635 comparado a outros países da América Latina: Argentina=50,8%, Chile=58,7%, Colômbia=84,2%, Costa  
1636 Rica=72,9%, Cuba=95,5%. Em comparação a outros países com sistemas universais, enquanto o gasto  
1637 com saúde do Brasil é de 41,6% o dos países como Alemanha, Canadá, França, por exemplo, são  
1638 superiores a 70%. Em relação ao orçamento público x gasto em saúde, apenas 5,4% do orçamento é  
1639 destinado à saúde, enquanto em outros países a situação é a seguinte: Argentina=13,9%,  
1640 Canadá=18,1%, Chile=17,9%, Colômbia=18%, Costa Rica=25,8%, USA=19,5%, UK=15,6% e  
1641 Portugal=15,4%. Também mostrou a evolução dos gastos públicos com saúde na história do SUS,

1642 explicando que, em 1993, o gasto da União era de 72%, dos Estados de 12% e dos Municípios de 16%.  
1643 Em 2002, o gasto da União foi de 58%, o dos Estados de 20% e o dos Municípios de 22%. Em  
1644 comparação aos países da América Central, o Brasil tem o índice igual à Guatemala e inferior aos  
1645 demais países da América Central. Desse modo, recebeu com entusiasmo as propostas apresentadas  
1646 pelo Secretário Helvécio Miranda porque são estruturantes para o Sistema. Também destacou que,  
1647 segundo dados de 2008, quatorze estados cumpriram a EC nº. 29, seis Estados entre 10 e 12% e sete  
1648 abaixo de 10%. Por fim, sugeriu, além de movimento em prol da aprovação da EC nº. 29, a defesa do  
1649 CNS pela alocação de recurso da dívida externa na saúde, a fim de resolver os problemas do Sistema e  
1650 garantir uma saúde de qualidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sentiu falta de redes  
1651 importantes no processo de garantia da integralidade da atenção como assistência farmacêutica, equipe  
1652 multiprofissional, suporte laboratorial, entre outras. Sobre o financiamento, ressaltou que é preciso dar  
1653 destaque à questão do subfinanciamento do setor saúde. Por fim, avaliou que o CNS deve esforçar-se  
1654 para incluir a questão do financiamento no processo político de mobilização da 14ª CNS. Conselheira  
1655 **Nildes de Oliveira Andrade** solicitou maiores esclarecimentos sobre as Redes, em especial a Rede  
1656 Cegonha. Destacou a Rede de Combate ao Crack e outras drogas para perguntar se há previsão da  
1657 regulação da propaganda de bebidas alcoólicas. Salientou, por exemplo, que a cerveja é utilizada por  
1658 restaurantes para dourar as carnes e as garrafas não contém o alerta de contém glúten. Conselheiro  
1659 **José Cechin** cumprimentou os expositores pelas apresentações elucidativas e destacou o problema dos  
1660 altos juros da dívida. Explicou que o governo FHC reconheceu um passivo de dívidas com pessoas e  
1661 empresas, a exemplo do sistema financeiro de habitação, o que também elevou a dívida. Citou também  
1662 que no atual governo houve crescimento da dívida por conta da reserva que possibilitou ao país passar  
1663 pela crise financeira sem muito impacto. Conselheiro **Nelson Mussolini** explicou ao Plenário que  
1664 algumas matérias-primas para medicamentos possuem alíquota zero de imposto de importação, o que  
1665 não significa dizer que há renúncia fiscal para a indústria farmacêutica. Esclareceu que a carga tributária  
1666 do Brasil sobre medicamentos é a mais alta do mundo (33,9%), o que, possivelmente, faz do Brasil o  
1667 único país do mundo onde a arrecadação com impostos seja superior ao gasto público com  
1668 medicamento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou se o processo de reconhecimento da participação  
1669 de gestores e trabalhadores na melhoria do SUS beneficiará a gestão como um todo. Também solicitou  
1670 manifestação do Secretário sobre os mecanismos passíveis de serem utilizados para fiscalizar melhor os  
1671 gastos com saúde. Por fim, perguntou como reacender a idéia do “sonho do serviço público”, a fim de  
1672 ganhar mais trabalhadores para o SUS. Conselheira **Maria Cristina Biz** cumprimentou os expositores e  
1673 solicitou considerações do Secretário da SAS sobre a equipe profissional para garantia do acesso com  
1674 qualidade. Lembrou, inclusive, que alguns locais não adotam a proposta de NASFs. **Retorno da mesa.**  
1675 O Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS, conselheiro **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, reiterou  
1676 a importância dos três Entes cumprarem a EC nº. 29, visto que alguns Estados não o fazem. Citou, por  
1677 exemplo, que a aplicação do Rio Grande do Sul é inferior à declarada no SIOPS. Também respondeu  
1678 que a intenção é migrar do sistema de pagamento por procedimento para pagamento por resultado e  
1679 necessidades atendidas. Esclareceu que, a partir das Redes, a proposta é pagamento por redes  
1680 integrais (pagamento do conjunto das ofertas necessárias daquele determinado território), o que significa  
1681 indução a resultados e cuidados. Reconheceu que há uma incorreção acerca da assistência  
1682 farmacêutica, visto que se refere a um componente do cuidado e não logístico. Mas, no caso dos  
1683 laboratórios, destacou que se trata de uma questão logística. Disse ainda que a Rede Cegonha refere-se  
1684 à assistência obstétrica e neonatal, mas não substitui a proposta de atenção integral à mulher e à  
1685 criança. A respeito dos NASFs, destacou que é uma opção municipal, mas o MS publicou portaria na  
1686 lógica de induzir a inclusão de todas as categoriais profissionais nos Núcleos. Explicou também que o  
1687 álcool, apesar de uma droga lítica, é o maior problema de drogas, portanto, na proposta do Ministério da  
1688 Saúde há restrição a propaganda de álcool e droga. Concordou que é preciso ampliar a discussão sobre  
1689 a dívida pública e suas repercussões e também acerca da precarização. Também discordou do dado da  
1690 apresentação do Conselheiro Eliotério de R\$ 5,1 bi de RF IPI medicamentos e explicou que são R\$ 8 bi  
1691 de renúncia no conjunto dos setores econômicos e R\$ 4 bi só da filantropia. Explicou que no Projeto de  
1692 Qualificação há indução e financiamento de medidas nos planos de carreiras que valorizem resultados  
1693 de qualidade, tendo como centro de preocupação a satisfação do usuário. Explicou ainda que a Portaria  
1694 sobre remuneração refere-se à tabela atual da média e alta complexidade, haja vista as irregularidades  
1695 do ponto de vista da previdência (Código 7). Por fim, agradeceu e informou que não poderia permanecer  
1696 até o final do debate, mas representante da SAS estaria presente para responder a eventuais  
1697 questionamentos do Pleno. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** fez uso da palavra para registrar que também  
1698 teria que se retirar. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** interveio para registrar que, segundo relatório  
1699 do Banco Mundial publicado em 2011, o Brasil é um dos 24 países que menos investem na saúde.  
1700 Também ressaltou que, além da demanda reprimida, a privatização interfere na qualidade dos serviços  
1701 de saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** informou que nos dias 7, 8 e 9 de julho o CEBES  
1702 realizará seminário nacional com conjunto de teses relativas às questões colocadas e destacou que

1703 financiamento, gestão, modelo de atenção e processo de trabalho são questões indissociáveis.  
1704 Ressaltou que é preciso aprofundar o debate sobre mercado e interesse público, visto que o mercado  
1705 avança sobre o financiamento, contingenciando-o, sobre a gestão estabelecendo a sua racionalidade,  
1706 sobre o modelo de atenção segmentando-o e sobre os processos de trabalho. Salientou ainda que é  
1707 preciso aprofundar a discussão acerca da dívida pública e apresentar proposições políticas, garantindo o  
1708 interesse público. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** também destacou a questão da dívida pública e  
1709 os seus prejuízos ao país e salientou que é preciso mudar a lógica para resolver os problemas na saúde,  
1710 educação, previdência... Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que, apesar os esforços, a  
1711 saúde é colocada em segundo plano quanto prioridade de política pública. Ressaltou que as  
1712 apresentações e as contribuições devem ser consideradas para debate nas conferências estaduais de  
1713 saúde. Além disso, registrou que se faz necessário trazer o debate do financiamento como estratégico  
1714 para o controle social e discutir os indicadores para os quais a atenção básica ainda não ofereceu a  
1715 solução adequada. Por fim, ressaltou que é preciso considerar as particularidades das populações no  
1716 debate sobre o acesso e, para ilustrar, destacou que 40% da população rural não tem acesso a ações de  
1717 saúde odontológica. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** cumprimentou os expositores e destacou  
1718 que o Brasil, apesar do financiamento insuficiente, consegue fazer muito na saúde. Destacou que os  
1719 municípios vêm assumindo cada vez mais responsabilidade com seus escassos recursos e média  
1720 municipal de aplicação na saúde é de 25%. Portanto, é preciso avançar para maior investimento da  
1721 União e dos Estados. Citou a situação complicada do Rio Grande do Sul por conta do baixo  
1722 financiamento histórico. Ressaltou que é preciso resolver as situações cotidianas para garantir o acesso,  
1723 como exemplo, a definição de uma regra de transição para contratar profissionais. Conselheiro **Milton de**  
1724 **Arruda Martins** focou a sua fala na questão da política de repasse mais adequada para garantir a  
1725 assistência à saúde com qualidade. Concordou que o pagamento por procedimentos gera distorções e,  
1726 portanto, deve ser substituído progressivamente por outra forma de repasse de recursos. Por outro lado,  
1727 o repasse de recursos sem cobranças gera outro conjunto de distorções. Nesse sentido, explicou que a  
1728 proposta do Ministério da Saúde é repasse de recursos a partir de metas numéricas, de qualidade, de  
1729 satisfação dos usuários, dentre outras. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior**  
1730 agradeceu as contribuições e as deferências. Destacou que o repasse direto também não funciona e,  
1731 portanto, defendeu a contratualização, com metas e acompanhamento permanente. Concordou que é  
1732 preciso um período de transição para implementar as propostas voltadas ao enfrentamento dos  
1733 problemas do SUS, contudo, frisou que é preciso dar os primeiros passos com a corresponsabilização,  
1734 fortalecimento da rede pública, entre outras. Ressaltou que hoje o serviço público não é atrativo inclusive  
1735 por conta de um ideário plantado pelo governo do Ex-Presidente Fernando Henrique que consolidou a  
1736 visão eminentemente mercantilista do exercício profissional. Também comentou a questão da dívida  
1737 pública destacando que compromete os avanços do país visto que consome 45% do orçamento global  
1738 do país. Concordou também que a privatização compromete a qualidade dos serviços e ressaltou a  
1739 importância do SUS para o país mesmo com os limites políticos e financeiros. Por fim, concordou com a  
1740 divulgação do material das apresentações para as conferências com vistas a subsidiar os debates.  
1741 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** destacou que apresentara os dados sobre a renúncia fiscal para  
1742 suscitar o debate e, a esse respeito, informou que fora aprovada na Comissão de Assuntos Econômicos  
1743 do Senado Federal isenção fiscal para equipamentos hospitalares importados. Também ressaltou a  
1744 importância de aprofundar o debate sobre a dívida pública e as suas repercussões. O representante da  
1745 SAS/MS, Weider de Souza, explicou que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade considera  
1746 três elementos para avaliação da qualidade, entre eles, indicadores de saúde e satisfação do usuário.  
1747 Também destacou a publicação do Decreto presidencial que cria os Contratos Organizativos de Ação  
1748 Pública, o que representa um avanço visto que responde a singularidades, inclusive regionais. No mais,  
1749 fez um destaque ao Plano Brasil sem Miséria, que combina ações de mais de nove Ministérios, com  
1750 previsão, por exemplo, de ações básicas e ações especializadas de odontologia voltadas à população  
1751 rural. Por fim, informou que o Ministério da Saúde irá dispor de um sistema integrado para acompanhar o  
1752 usuário no Sistema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que em Santa Catarina uma  
1753 empresa de capital estrangeiro começaria a atuar na área de diagnóstico laboratorial, contrariando o art.  
1754 199, parágrafo 3º, da Constituição Federal. Nesse sentido, sugeriu que o CNS envie ao TCU de Santa  
1755 Catarina, à Procuradoria Estadual de SC e à SES/SC uma nota explicando que é vedada a participação  
1756 direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos  
1757 previstos em lei. Não houve manifestações contrárias à proposta. **Deliberação: enviar nota do CNS ao**  
1758 **TCU de Santa Catarina, à Procuradoria Estadual de SC e à SES/SC com explicações sobre o**  
1759 **parágrafo 3º do art. 199 da Constituição Federal/88, que veda a participação direta ou indireta de**  
1760 **empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em**  
1761 **lei.** Diante do avançado da hora, o Plenário decidiu adiar o item 09 – Práticas Integrativas e  
1762 Complementares no SUS para a próxima reunião do CNS e inverteu a pauta. **ITEM 08 – COMISSÃO**  
1763 **ORGANIZADORA DA 14ª CNS – Composição da mesa:** **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-

1764 Executiva do CNS; e **Paulo Capel Narvai**, integrante da Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS.  
1765 Coordenação: Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,  
1766 Conselheira **Jurema Pinto Werneck** listou os itens a serem tratados: 1) Tema da Reunião CNS de  
1767 agosto; 2) 2<sup>a</sup> Vídeo Conferência da 14<sup>a</sup> CNS; 3) Apresentação da Proposta da Comissão de Relatoria da  
1768 14<sup>a</sup> CNS; e 4) Reunião da Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS. 1) Tema da Reunião CNS de agosto.  
1769 Inicialmente, Conselheira **Jurema Werneck** disse que o Pleno deveria definir o tema de debate da  
1770 Reunião Ordinária do CNS de agosto, lembrando que, em junho, o tema foi “Análise Situacional da  
1771 Saúde no Brasil” e naquela reunião “Financiamento”. A seguir, houve uma rodada de intervenções e  
1772 foram apresentadas as seguintes sugestões de temas: recursos humanos; modelo de gestão; vigilância  
1773 em saúde; gestão de recursos humanos (em agosto); gestão de serviços (em setembro). **Deliberação:** o  
1774 **Plenário decidiu que o tema de debate sobre a 14<sup>a</sup> CNS da próxima Reunião Ordinária do CNS**  
1775 **será “acesso com qualidade na perspectiva da gestão do trabalho e da educação em saúde”.** Em  
1776 **setembro, o tema será “acesso com qualidade na perspectiva da gestão dos serviços” e, em**  
1777 **outubro, “acesso com qualidade na perspectiva modelo de atenção”.** 2) 2<sup>a</sup> Vídeo Conferência da  
1778 14<sup>a</sup> CNS. Conselheira **Jurema Pinto Werneck** explicou que a 2<sup>a</sup> vídeo conferência da 14<sup>a</sup> CNS ocorrerá  
1779 no dia 23 de agosto de 2011 com o tema “Balanço das etapas municipais da 14<sup>a</sup> CNS”. Disse que a  
1780 Comissão Organizadora redigirá um roteiro para que os Estados apresentem os principais pontos  
1781 debatidos nas Conferências Municipais. Esclareceu que a mesa mediadora do debate da  
1782 videoconferência será composta por um representante dos usuários (Jurema Werneck), um dos  
1783 trabalhadores e um gestor (Alexandre Rocha Padilha, Ministro de Estado da Saúde). O segmento dos  
1784 trabalhadores indicou o Conselheiro Francisco Batista Júnior. **Deliberação:** **a mesa mediadora do**  
1785 **debate da 2<sup>a</sup> vídeo Conferência será composta por Jurema Werneck, representante dos usuários;**  
1786 **Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores; e Alexandre Rocha Padilha, Ministro**  
1787 **de Estado da Saúde, representante do gestor.** 3) Apresentação da Proposta da Comissão de  
1788 Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS. Inicialmente, o integrante da Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Capel**  
1789 **Narvai**, cumprimentou os conselheiros e justificou a ausência do Relator-geral da 14<sup>a</sup> CNS, **Gastão**  
1790 **Wagner de Sousa Campos** e do relator-adjunto, **Arnaldo Marcolino**. Explicou que apresentaria linhas  
1791 gerais do Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria, aprovado pela Comissão Organizadora e  
1792 debatido na Oficina de Capacitação dos Coordenadores da Relatoria da Etapa Estadual da 14<sup>a</sup> CNS, no  
1793 dia 30 de junho de 2011. Iniciou com destaque ao inciso Art. 19 do Regimento Interno da 14<sup>a</sup> CNS  
1794 (Portaria nº. 945), que determina que ao Relator-Geral caberá coordenar a Comissão Relatoria da Etapa  
1795 Nacional. Lembrou que, além do Relator-Geral, Gastão Wagner de Sousa Campos e do Relator-Adjunto,  
1796 Arnaldo Marcolino, compõem a Comissão de Relatoria: Conselheira Lígia Bahia, Luiz Eduardo Batista,  
1797 Nilton Pereira Júnior e Paulo Capel Narvai. Acrescentou que a missão da relatoria é elaborar o Relatório  
1798 Final da 14<sup>a</sup> CNS e apoiar o trabalho de Coordenação das Plenárias e Grupos de Trabalho.  
1799 Considerando que uma das funções da Relatoria é estimular o encaminhamento, em tempo hábil, dos  
1800 relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal de Saúde à Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup>  
1801 Conferência Nacional de Saúde, disse que foi realizada Oficina de Capacitação dos Coordenadores da  
1802 Relatoria da Etapa Estadual da 14<sup>a</sup> CNS no dia 30 de junho de 2011. Ressaltou que os relatórios das  
1803 Conferências Estaduais de Saúde, apresentados em versão resumida de, no máximo 20 (vinte) laudas,  
1804 em espaço dois, deverão ser encaminhados para a Relatoria-Geral da Conferência Nacional até 8 de  
1805 novembro 2011, para serem consolidados e subsidiarem as discussões da Etapa Nacional. Ressaltou  
1806 que na oficina de capacitação foi reiterado que somente as propostas e moções de âmbito nacional  
1807 serão consideradas na Etapa Nacional da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Segundo, salientou que,  
1808 nos termos do Plano de Trabalho da Comissão de Relatoria, a primeira atribuição da relatoria é preparar  
1809 o consolidado das resoluções das conferências estaduais, documento que deverá subsidiar o debate nos  
1810 grupos da fase nacional. Além disso, dar apoio e trabalhar em rede com as Comissões Estaduais de  
1811 Relatoria para elaboração dos Relatórios Estaduais, por meio telefônico, eletrônico e, quando possível,  
1812 presencial. Acrescentou que o consolidado nacional deverá sintetizar diretrizes e propostas de conteúdo  
1813 semelhante e dar destaque ao contraditório. Salientou também que é papel do Relator-geral coordenar o  
1814 processo de trabalho dos relatores das Plenárias e consolidar os Relatórios da Etapa Estadual/Distrito  
1815 Federal e prepará-los para distribuição aos delegados da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. Detalhou  
1816 como se dará o processo de elaboração dos relatórios das etapas da 14<sup>a</sup> da CNS. Explicou que o  
1817 Relatório das Etapas Municipais poderá conter até sete diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da  
1818 Conferência, podendo cada diretriz conter dez propostas a serem encaminhadas à Etapa Estadual. O  
1819 Relatório das Etapas Estaduais e do Distrito Federal poderá conter até sete diretrizes nacionais  
1820 relacionadas com o eixo da Conferência, podendo cada diretriz conter cinco propostas a serem  
1821 encaminhadas à Etapa Nacional da Conferência. Os Relatórios aprovados nas Etapas Estaduais e do  
1822 Distrito Federal da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde serão encaminhados à Coordenação de Relatoria  
1823 em formato eletrônico. A Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde receberá os  
1824 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 14<sup>a</sup> 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 14<sup>a</sup> 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 14<sup>a</sup> 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 13<sup>a</sup> 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 14<sup>a</sup> 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 interferia no sistema da 14<sup>a</sup> 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.

1886 Como alternativa, Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu possibilitar a modificação dos textos  
1887 do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho, desde que se assegure o mérito da proposta original.  
1888 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** avaliou que a etapa nacional é o momento da consolidação das  
1889 propostas, assegurando discussão democrática ascendente (do município para a etapa nacional). Nessa  
1890 linha, manifestou preocupação com a proposta de prever a modificação dos textos do Relatório  
1891 Consolidado nos Grupos de Trabalho, visto que pode possibilitar novas propostas. Conselheiro **Ronald**  
1892 **Ferreira dos Santos** destacou que a etapa nacional é um momento de disputa e de embate, portanto, é  
1893 preciso garantir que seja o mais democrático possível. Manifestou apoio à proposta de possibilitar a  
1894 modificação dos textos do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho e, no caso das propostas  
1895 novas, ponderou que trazem dificuldade à relatoria para consolidação. Conselheira **Nildes de Oliveira**  
1896 **Andrade** relatou a sua participação na Conferência Municipal de São Paulo e destacou a insatisfação  
1897 dos delegados em não poder modificar os textos e apresentar novas propostas. Conselheira **Junéia**  
1898 **Martins Batista** concordou com a proposta de modificação dos textos do Relatório Consolidado nos  
1899 Grupos de Trabalho. Após essas considerações, conselheira **Jurema Werneck** passou aos  
1900 encaminhamentos. Primeiro, colocou em votação as seguintes propostas: 1) Não possibilitar modificação  
1901 de textos do Relatório Consolidado na etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS – 14 votos. 2) Possibilitar modificação  
1902 de textos do Relatório Consolidado na etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS – 17 votos. Nenhuma abstenção.  
1903 **Deliberação: aprovada a proposta de possibilitar a modificação de textos do Relatório**  
1904 **Consolidado na etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS.** Diante desse resultado, Conselheira **Jurema Werneck**  
1905 submeteu à votação as seguintes propostas: 1) Possibilitar modificação de textos do Relatório  
1906 Consolidado na Plenária Final da etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS. 2) Possibilitar modificação de textos do  
1907 Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho da etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS. **Deliberação: aprovada,**  
1908 **com 22 votos, a proposta de possibilitar modificação de textos do Relatório Consolidado nos**  
1909 **Grupos de Trabalho da etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS.** Conselheira **Jurema Werneck** ratificou que  
1910 poderão ser feitas modificações, desde que garantindo o mérito da proposta original. O integrante da  
1911 Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Capel Narvai**, esclareceu que a proposta de possibilitar aos  
1912 Grupos de Trabalho modificar textos do Consolidado refere-se a ajuste de forma, expressando o  
1913 consenso político no GT, sem alteração de mérito que corresponda à proposta nova. Conselheiro  
1914 **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que a proposta de possibilitar a modificação de textos do Relatório  
1915 Consolidado na Plenária Final da etapa nacional da 14<sup>a</sup> CNS poderá ser debatida na votação do  
1916 Regulamento, portanto, o CNS deve pactuar essa regra. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**  
1917 perguntou como trabalhar com propostas modificadas nos onze Grupos de Trabalho. O integrante da  
1918 Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Capel Narvai**, explicou que o pressuposto é manutenção do  
1919 mérito das propostas, o que viabiliza a operacionalização dos Grupos. No caso de mudança mérito, a  
1920 proposição será levada à Plenária Final. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que essa  
1921 decisão do Plenário demanda à Comissão Organizadora da 14<sup>a</sup> CNS o debate sobre a dinâmica dos  
1922 Grupos de Trabalho. **A esse respeito, acordou-se que a Comissão Organizadora adequará a**  
1923 **metodologia à decisão do Pleno do CNS de possibilitar modificação de textos, na forma, não**  
1924 **sendo possível alteração de mérito, do Relatório Consolidado nos Grupos de Trabalho da etapa**  
1925 **nacional da 14<sup>a</sup> CNS e trará uma proposta na próxima reunião do CNS.** O integrante da Comissão  
1926 de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Capel Narvai**, esclareceu que a Plenária de Abertura e a Plenária Final  
1927 contarão com sistema eletrônico de votação, o que pode contribuir para agilizar os trabalhos. Concordou  
1928 com a necessidade de discutir a proposta de perfil dos relatores e salientou ser importante que os  
1929 relatores da etapa nacional tenham experiência com relatoria de conferência e a composição expresse  
1930 as divergências, por exemplo, geográfica. Por fim, Conselheira **Jurema Werneck** informou que no dia 18  
1931 de julho seria realizada capacitação de relatores estaduais e o spot de rádio estava pronto. Feito esse  
1932 comunicado, agradeceu a presença do integrante da Comissão de Relatoria da 14<sup>a</sup> CNS, **Paulo Capel**  
1933 **Narvai**, e suspendeu para o almoço. **ITEM 07 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE – FORMAÇÃO**  
1934 **PROFISSIONAL – Apresentação:** Conselheiro **Milton Arruda**, Secretário de Gestão do Trabalho e da  
1935 Educação na Saúde – SGTES/MS; e Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, representante dos  
1936 trabalhadores da saúde. **Coordenação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do  
1937 CNS. O primeiro expositor foi o conselheiro **Milton Arruda**, Secretário da SGTES/MS, que fez uma  
1938 abordagem sobre as principais iniciativas da SGTES voltadas ao aperfeiçoamento da formação dos  
1939 profissionais de saúde, considerando a competência do Sistema Único de Saúde de ordenar a formação  
1940 de recursos humanos na área de saúde (Artigo 200 da Constituição Brasileira). Começou explicando  
1941 que, entre os Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, está o de contribuir para a  
1942 adequada formação, alocação, valorização, qualificação e democratização das relações do trabalho dos  
1943 profissionais e trabalhadores de saúde. Salientou que a formação profissional carece de um olhar  
1944 pedagógico e, nesse sentido, citou a seguinte frase de Paulo Freire (Cartas à Guiné-Bissau, 1977):  
1945 “...quer dizer, quando quem sabe, sabe, primeiro, que o processo em que aprendeu algo é social;  
1946 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, desprecarição 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 SGETES, 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

âmbito da formação, que refletirão no exercício profissional futuro e mais visíveis diretamente no exercício profissional. Destacou que toda conjuntura política é a continuidade de um movimento histórico, não podendo ser compreendida apenas pelos elementos que se delineiam no quadro presente. Assim, o Brasil de hoje é o resultado da disputa de projetos políticos materializados pelas diferentes classes que atuaram em cada período da história do país. Disse que hoje se vive o problema da “universidade operacional” – forma-se para o mercado. Destacou os seguintes marcos pós 1945: consolidação do estágio monopolista do capital, ampliação do Estado, Política Educacional acompanha movimento das políticas sociais, alargamento da cidadania e diversos níveis de educação. Lembrou que a Constituição Federal de 1988, no Artigo 200, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, a Carta Magna cria o Sistema Único de Saúde e define que ao Sistema compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Acrescentou que a Lei nº 8.080/1990, Art. 6º, define que estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Ressaltou que a ampla participação popular, garantida pela Constituição Federal de 1988, foi mantida na forma da lei, mas desmantelada no cotidiano da nação, através de fortes processos de ajuste fiscal, privatização do patrimônio público, abertura desenfreada do mercado brasileiro e da contrarreforma do Estado brasileiro. Salientou que a operacionalização de um verdadeiro processo de ressignificação dos conceitos de público, privado e estatal, no plano político, efetivou no plano jurídico-formal o redesenho do Estado brasileiro e, particularmente da educação superior. Falou da “Cultura da Crise”, denominada “crise do Estado” (mal gerenciamento e não um processo decorrente da crise de acumulação), que insere a educação como atividade não exclusiva do Estado – abre precedentes para a desresponsabilidade do Estado, a sua privatização e execução por instituições “não-estatais”. Lembrou que nos anos 90 houve um aprofundamento do projeto neoliberal – políticas sociais como saúde, previdência, educação, antes implementadas pela ação estatal e com cunho universal foram relegadas, com ações focalistas dos estados e ampla abertura para a exploração mercadológica de tais necessidades sociais, pautadas na lógica mercantil, com a finalidade do lucro. Ressaltou que na década de 90 e início do séc. XXI houve um franco processo de expansão e de mercantilização do ensino superior. Disse que o pressuposto é da educação como um “bem público”, sendo, portanto, um direito de instituições públicas e privadas, cabendo ao Estado o partilhamento dos recursos públicos. Salientou que se naturaliza a entrega de verbas públicas para o setor privado e, ao mesmo tempo, o financiamento privado para as IES públicas, em uma explícita diluição de fronteiras entre o público e o privado. Salientou que a presença do setor privado na educação superior é predominante, prevalecendo instituições não universitárias – não precisam realizar pesquisa, somente transferir conhecimentos - faculdades, centros universitários. Destacou que dados do MEC de 2007 mostram que o maior número de faculdades (92,5%) e de centros universitários (96,7%) está vinculado ao setor privado – atividades menos custosas - enquanto as universidades estão distribuídas em proporção aproximada entre o setor público e o privado (52,5% e 47,5%, respectivamente). Ressaltou que a educação, com destaque para o ensino superior, é um amplo e lucrativo campo de exploração para grandes grupos empresariais, sustentada por elementos ideológicos que justificam tal processo e anulam a concepção de direito transformando-a em “serviço”: Falou da Lei de Diretrizes e Bases - LDB (nº 9394), com destaque para eliminação dos currículos mínimos x Diretrizes Curriculares, flexibilização curricular, aligeiramento dos cursos e alteração nas estruturas das IES - cursos sequenciais, centro universitário, mestrado profissionalizante e EAD – em todos os níveis educacionais. Ressaltou que, na atualidade, observa-se total desencontro entre a proposta curricular, a formação profissional e a realidade do Brasil, particularmente com o SUS. Além disso, a formação profissional é elitista voltada à especialização e ao mercado, com exercício profissional no setor privado, obedecendo a lógica de mercado. A formação é meramente instrumentalizadora, não garantindo o perfil do profissional crítico, com capacidade para apreensão da totalidade social em suas dimensões de universalidade, particularidade e singularidade. Na sua visão, os desafios da formação profissional são os seguintes: Estrutura ministerial: MS x MEC – dificuldades de construção de ações interministeriais; Estruturas diferenciadas dos Conselhos de Saúde x Educação; Distanciamento da academia x SUS; Articulação entre ensino médio x educação superior x Educação Permanente; Articulação ensino-serviço-comunidade e graduação x pós-graduação; e reforma curricular que aproxime a formação profissional na área de saúde às demandas do Sistema Único de Saúde. Por fim, apresentou as seguintes propostas: definição de processo permanente de avaliação dos cursos das profissões de saúde, com participação dos órgãos oficiais e do controle social; intensificação de programas de incentivo às IES para promoverem mais ações que contemplem a integração ensino-serviço – comunidade; ampliação qualificada, de acordo com as realidades e necessidades regionais, dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde; criação do Serviço Civil em Saúde para todas 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 pôlo traz 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. Registrhou a ausência do MEC nesse debate e em outras discussões importantes e salientou que é importante modificar essa situação. Registrhou 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 idéia 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 repartir 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 intersectorial 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 **INTERSECTORIAL 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 do 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 política e financeira. 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 político 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 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou mapa das conferências estaduais e municipais (já realizadas, marcadas e com dada 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 Boufleur** 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 Secretaria-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, SGEP 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 participará da Conferência Municipal de Joinville e participará da Conferência Municipal de Campo Grande. Além disso, a Secretaria-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 participará 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 vôo. Registrhou que também se iniciava naquele dia a conferência municipal de Juiz de Fora/MG. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** registrou que representará 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 Secretaria-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. Boufleur, 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, Lérida 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, Rosangela 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.