



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos quatorze e quinze dias do mês de setembro de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Quinta Reunião Ordinária do CNS. Iniciando a reunião, conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real e apresentou a pauta da reunião que foi aprovada. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 224ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS. **Coordenação: Conselheiro José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: a ata da 224ª RO do CNS foi aprovada, por unanimidade, sem ressalvas. ITEM 2 – INFORMES E INDICAÇÕES - PROPOSTA DE NOVA LOGOMARCA PARA O CNS** – A equipe de comunicação do CNS apresentou uma proposta de reformulação tipográfica e estética da atual logomarca do CNS, criada em 1988. Na avaliação da equipe, o desenho da atual logomarca é confuso e não representa o logotipo CNS e, além disso, remete a várias idéias como um cifrão ou até mesmo outras logomarcas. Ainda na avaliação da equipe, a modernização é necessária para diferenciar a logomarca da de outras entidades que também utilizam a sigla CNS. Segundo a equipe, a proposta da nova logo tem por objetivo trazer mais impacto e legibilidade à sigla do colegiado e reforçar a imagem do CNS na população em geral e assim contribuir na difusão do conceito de controle social. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini** perguntou se havia custo para modificar a logomarca do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** defendeu a logomarca atual, avaliando, inclusive, que era mais moderna. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** também fez uma defesa da logomarca atual que, na sua visão, além de mais moderna, representa a questão histórica e a transversalidade da saúde representada pelo “S” cortado. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** cumprimentou a equipe de comunicação do CNS pela nova proposta de logomarca. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou se a nova logomarca era tridimensional assim como a anterior. Conselheiro **Olympio Távora Correa** avaliou que a nova proposta de logomarca não trazia grandes inovações e defendeu a atual por considerá-la mais estilizada e bonita. Conselheira **Maria Cristhina Biz** também defendeu a logomarca atual por considerar que a nova proposta não trazia inovações. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** aproveitou para registrar a presença de representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde dos Estados do Rio de Janeiro, Amazonas e Piauí. **Retorno da mesa.** A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que não havia custo financeiro para implementar a nova logomarca visto que fora elaborada pela equipe de comunicação do CNS. Disse que a equipe de comunicação buscou elaborar uma proposta para melhorar a imagem do Conselho, sem alterar a forma. Na avaliação da equipe de comunicação do CNS, a logomarca atual do CNS é confusa e, portanto, buscou-se elaborar nova proposta com maior legibilidade a fim de atingir o público de fora da saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que, para os militantes da saúde, a identidade visual do CNS é clara, mas, para os de fora, pode haver dificuldade de interpretação. Encaminhando, consultou o Pleno sobre a necessidade de modificar a logomarca do CNS. Se o Plenário assim entendesse, a equipe de comunicação traria novas propostas. **Deliberação: o Plenário do CNS decidiu, por unanimidade, manter a atual logomarca do CNS. PROPOSTA DE RESOLUÇÃO QUE ESTABELECE DIRETRIZES E NORMAS SOBRE AS DENÚNCIAS APRESENTADAS AO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** – A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, relatou que a Mesa Diretora do CNS, por solicitação da SE/CNS, debateu e apresentou uma proposta de normas e diretrizes para apresentar denúncias ao CNS visando definir um fluxo para apresentação e facilitar a análise. Lembrou que a proposta fora apresentada há alguns meses ao Plenário e a versão atual contempla as sugestões dos conselheiros naquela ocasião. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** acrescentou que a versão inicial da proposta fora elaborada em conjunto pelo Conselheiro Volmir Raimondi e por ele. O texto da proposta de resolução é o seguinte: “Considerando a Quinta diretriz, inciso XVII, da Resolução CNS nº. 333/03; Considerando o art. 11, inciso XIII, do Regimento Interno do CNS; e Considerando a necessidade de

disciplinar o fluxo das demandas sobre controle social do SUS que chegam ao Conselho Nacional de Saúde; o CNS Resolve: Estabelecer diretrizes e normas sobre as denúncias apresentadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS): Art. 1º - Esta Resolução tem como objetivo definir os procedimentos internos e assegurar o direito das pessoas de levar ao conhecimento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) denúncias relacionadas com o Sistema Único de Saúde em todas suas interfaces. Art. 2º - Entende-se por denúncia a comunicação fundamentada de ato ou fato que enseje a apuração de eventual irregularidade e providência por parte do CNS e das instâncias públicas. Art. 3º - As denúncias poderão ser feitas por pessoas físicas ou jurídicas e, preferencialmente, de forma identificada com dados do denunciante como: I - nome ou razão social, RG ou CNPJ, endereço, contato telefônico e e-mail; II - identificação do ato ou fato, contendo os elementos indicadores de eventuais indícios de irregularidades; III - Poderá conter anexo como: vídeos, fotos ou documentos comprobatórios da denúncia; § 1º - Os dados de identificação solicitados no artigo 3º são desejáveis e serão utilizados para a comunicação entre o CNS e o denunciante. § 2º - Nos casos de denúncia anônima, haverá procedimento de averiguação de consistência da denúncia e, a depender da situação, esta será remetida a instâncias Federal, Estadual ou Municipal para avaliação de sua pertinência e posterior tomada de providências. Art. 4º - Todas as denúncias encaminhadas para a Secretaria Executiva do CNS devem receber registro de protocolo. § 1º - As denúncias devem ser apresentadas pessoalmente na Secretaria Executiva do CNS, ou por correio eletrônico ou carta para o endereço do Conselho Nacional de Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Edifício Anexo, Ala "B" – 1º andar – Sala 103 B - 70058-900 – Brasília-DF, e correio eletrônico [cns@saude.gov.br](mailto:cns@saude.gov.br). § 2º - Constatada a existência de mais de uma denúncia tratando do mesmo ato ou fato, estas deverão ser apensadas à denúncia mais antiga. § 3º - As denúncias passíveis de serem discutidas no Plenário do CNS serão antes avaliadas pela Mesa Diretora do CNS. § 4º - Após protocolar a denúncia, caberá à Secretaria Executiva do CNS dar os encaminhamentos devidos e, nos casos pertinentes, levar para a Mesa Diretora. § 5º - As denúncias recebidas na Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde deverão ser encaminhadas primeiramente aos Conselhos Municipais de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde para manifestação, e, enviadas ao Conselho Nacional de Saúde na condição de instância recursal, conforme artigo 11, inciso XIII do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Art. 5º - O arquivamento de denúncias será feito pela Secretaria Executiva nos seguintes casos: I – em caso que o denunciado ofereça comprovação suficiente demonstrando sua inocência; II - a denúncia estar sub judice; III – a impossibilidade de se comprovar a denúncia ou de se fazer contato com o denunciante a fim de obter dados que permitam a continuidade do processo. Parágrafo Único: a Secretaria Executiva deverá comunicar à Mesa Diretora todos os casos de arquivamento e, se for o caso, ao Pleno do CNS. Art. 6º - A denúncia cujo objeto não é de competência do CNS deverá ser devolvida ao denunciante. Art. 7º - No caso de denúncias que envolvam atos e fatos de conselheiros do CNS, será garantido aos conselheiros amplo direito de defesa, com comunicação por escrito da denúncia ao conselheiro, que poderá ser chamado a prestar esclarecimentos ao Pleno do CNS. § 1º - A comunicação ater-se-á apenas ao ato ou fato objeto da denúncia. § 2º - Será concedido um período de 30 (trinta) dias ao conselheiro para que se defenda das acusações, contando este prazo a partir do recebimento da comunicação comprovada por AR ou de comprovante de recebimento de e-mail, quando for o caso. § 3º - Caso o CNS não se sinta esclarecido com as informações prestadas pelo conselheiro, poderá, a seu critério, solicitar informações complementares até o total entendimento da matéria. Art. 8º - Constatada a necessidade de verificação in loco de fatos e atos denunciados no CNS, serão designados pelo Pleno do CNS até três conselheiros para fazer visita, apresentar relatório e indicativo das providências no prazo de 30 (trinta) dias de sua realização. Art. 9º - Caberá à Secretaria Executiva do CNS receber relatório da visita in loco e encaminhar o documento para a Mesa Diretora. Art. 10º - No caso de se constatar que a denúncia é procedente, caberá ao CNS: I – utilizar seus instrumentos de manifestação com o objetivo de dar encaminhamento à denúncia; II - encaminhar os documentos aos órgãos competentes para providências, quando for o caso; Art. 11º - A Secretaria Executiva deverá fazer um informe semestral aos conselheiros do CNS sobre o número de denúncias recebidas. Art. 12º. Findada averiguação da denúncia, no prazo máximo de 15 dias, a Secretaria Executiva deverá entrar em contato com o denunciante a fim de dar-lhe retorno das providências tomadas." Conselheiro **Volmir Raimondi** manifestou preocupação com a proposta de denúncia anônima e perguntou, por exemplo, como dar retorno ao denunciante no caso desse tipo de denúncia. Como alternativa, ponderou que se deve garantir o sigilo do denunciante ao invés de denúncia anônima. Também sugeriu que, no caso de denúncia cujo objeto não seja de competência do CNS, que esta seja devolvida ao denunciante com a orientação devida para que procure os órgãos competentes. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a proposta de resolução formaliza o processo de denúncias ao CNS e, no mais, ressaltou que é preciso explicitar, com clareza, que as denúncias deverão ser encaminhadas às instâncias devidas (CESSs e CMSs). Conselheiro **Nelson Mussolini** defendeu a proposta de "garantir o sigilo do denunciante" ao invés de prever "denúncia anônima". No Art. 7º, sugeriu substituir o termo "poderá" por "será" ("(...) que *poderá* ser chamado a prestar esclarecimentos ao Pleno do CNS"). Conselheiro **Olympio Távora Correa** apresentou as seguintes sugestões à proposta de resolução: nova redação para o § 2º do art. 3º - "Nos casos em que o denunciante opte por não se identificar, haverá procedimento de averiguação de

caráter sigiloso sobre a consistência da denúncia”; § 5º do art. 4º - acrescentar “se for o caso” após o trecho “As denúncias recebidas na Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde deverão ser encaminhadas”; Art. 6º - substituir “deverá ser devolvida” por “será devolvida” (“A denúncia cujo objeto não é de competência do CNS *será devolvida* ao denunciante (...);” Art. 7º - substituir “No caso de denúncias que envolvam atos e fatos de conselheiros do CNS (...)” por “No caso de denúncias de atos e fatos que envolvam conselheiros do CNS”; Art. 8º - nova redação: substituir “no CNS” por “ao CNS” e “visitas” por “averiguações”. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** ressaltou que é importante assegurar o sigilo e preservar a identidade do denunciante até a apuração da denúncia, a fim de evitar situações de ameaças, por exemplo, como as que sofrera e sofre por ter denunciado a abertura irregular de duas instituições de ensino em Recife. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** apresentou as seguintes sugestões: incluir, no caso de denúncia que enseje processo penal, que o Ministério Público será notificado para acompanhar o processo; e no art. 6º - no caso de denúncia cujo objeto não seja de competência do CNS, que será dada orientação ao denunciante. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** fez as seguintes considerações: § 4º do art. 4º - não está claro o que se entende por “casos pertinentes” e é preciso garantir que a Mesa Diretora do CNS tome conhecimento de todas as denúncias recebidas; Art. 4º - é preciso ter um livro de protocolo para o registro das denúncias; e § 1º do art. 4º - no caso de denúncia por carta, garantir o aviso de recebimento (para o denunciante). Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, para reflexão, colocou as seguintes questões: qual o impacto da resolução para o denunciante, considerando a expectativa deste? e qual é a competência do CNS em dar os encaminhamentos previstos na norma? Nesse sentido, sugeriu que a minuta de resolução fosse submetida à avaliação jurídica do ponto de vista da competência do CNS em aplicar resolução nesses termos. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** ressaltou que a resolução deve resguardar a identidade do denunciante assim como ocorre em outros órgãos. No mais, avaliando que a resolução deveria garantir prorrogação de prazo, sugeriu incluir nos casos de prazo “salvo prorrogação por igual período expressamente motivada”. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** lembrou que, antes da assinatura do Ministro da Saúde, a resolução pode passar por avaliação jurídica, contudo, salientou que está de acordo com as atribuições do CNS prevista no seu Regimento Interno. Acrescentou que a proposta visa definir um fluxo para o que já ocorre no CNS (todos os meses a SE/CNS recebe inúmeras denúncias). Conselheiro **Jurandi Frutuoso** fez uso da palavra para destacar que a Câmara dos Deputados agendou a votação da EC para o dia 21 de setembro de 2011 e há grande mobilização a esse respeito. Dessa forma, salientou a importância de o CNS envolver-se nesse debate. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou que a questão da EC nº. 29 seria tratada posteriormente. **Retorno da mesa.** A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, disse que as sugestões referiam-se à melhoria de redação e seriam acatadas. No § 4º, explicou que algumas denúncias são padrões e a SE/CNS encaminha sem a manifestação da Mesa Diretora e, nesses casos, sugeriu acrescentar “dando conhecimento à Mesa Diretora (*dos encaminhamentos dados*). Desse modo, seriam levadas à Mesa Diretora do CNS aquelas denúncias que demandassem decisão da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu excluir o trecho “nos casos pertinentes”. A Secretária Executiva do CNS explicou que o parágrafo seria revisto, assegurando que será dado conhecimento à Mesa Diretora de todos os encaminhamentos dados. No caso do sigilo, disse que hoje se garante àqueles que solicitam (não há citação do nome) e sugeriu acrescentar “garantido o sigilo, quando solicitado pelo denunciante”. Conselheiro **Volmir Raimondi** perguntou como dar retorno ao denunciante, no caso de denúncia anônima. A Secretária Executiva do CNS disse que a proposta é excluir “denúncia anônima” e garantir o “sigilo do denunciante”. Também informou que é feito o encaminhamento aos órgãos competentes, portanto, sugeriu não explicitar na resolução que o Ministério Público será notificado. Para contemplar essa questão, conselheiro **Olympio Távora Correa** sugeriu incluir “encaminhar (*a denúncia*) a quem de direito”. Para concluir, a Secretária Executiva do CNS explicou que a resolução organiza um fluxo para apresentar denúncias ao CNS. Explicou que, caso necessário, é possível encaminhar a resolução à CONJUR para parecer, antes de enviar ao Ministro da Saúde para homologação. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** fez uso da palavra para reiterar a importância de proteger o denunciante e, nessa linha, informou que o denunciante do caso de São João da Boa Vista sofreu retaliação e teve que ir para outro Estado. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** solicitou que seja contemplada a sua proposta de garantir prorrogação dos prazos da resolução por igual período (“*salvo prorrogação por igual período, expressamente motivada*”). Também lembrou que denúncia anônima não prospera visto não possuir poder motivador para o Judiciário e a polícia, mas, de toda forma, defendeu a garantia do sigilo do denunciante. Encaminhando, conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação o mérito da proposta de resolução visto que o texto seria adequado às contribuições do Pleno e reapresentado ao CNS. **Deliberação: aprovado, com três abstenções, o mérito da resolução. O texto final seria apresentado no dia seguinte.** Antes de passar ao próximo item, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou a presença de Coordenadores da plenária Nacional de Conselhos de Saúde representantes do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; do secretário de assuntos jurídicos da FENAM, Antônio José dos Santos; e das representantes da FEMAMA, Lauren Caleffi e Liane Terezinha Oliveira. **Indicações. a) GRUPO DE TRABALHO DA CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (RIO+20).**

Instituído pela Portaria 2.030/GM/SM de 24 de agosto de 2011. Data: 28 de maio a 6 de junho de 2012. Local: Rio de Janeiro. Número de participantes: 50 mil. Temas: A economia verde no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza e A estrutura institucional para o desenvolvimento sustentável. Objetivo Principal: Renovação do compromisso internacional com o desenvolvimento sustentável, por meio da avaliação do progresso e das lacunas na implementação das decisões adotadas pelas principais Cúpulas sobre o assunto e do tratamento de temas novos e emergentes. A partir desse exercício de reflexão, a Conferência deverá estabelecer a nova agenda internacional para o desenvolvimento sustentável nos próximos anos. Atividades na Conferência: III Reunião do Comitê Preparatório (28 a 30 de maio), responsável pela negociação do documento final a ser adotado pela Conferência; “Dias Especiais” (31 de maio e 1, 2 e 3 de junho), com eventos voltados à sociedade civil sobre temas novos e emergentes; e a Conferência de Alto Nível (4 a 6 de junho). Organização: Presidência: MRE; Secretaria Executiva: Ministério de Relações Exteriores, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Fazenda e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Comissão e Comitê Nacional: Incluem o MS. As competências do Grupo de Trabalho são: I - Formular proposta de contribuição da saúde para os eixos da Conferência: economia verde no combate à miséria; Governança visando o fortalecimento do desenvolvimento sustentável; e II – Articular a participação do setor Saúde na conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio +20). Prazos: o GT da Saúde deve entregar o documento à Comissão Nacional até o dia 10 de outubro de 2011. A Comissão Nacional entregará o documento à ONU até o dia 1º de novembro de 2011. O Pleno deverá indicar dois nomes: um titular e suplente. **Foram entregues os seguintes nomes à SE/CNS: Conselheira Nildes de Oliveira Andrade (titular); e Conselheira Noemy Tomita (suplente).** b) **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL – CISM** – um dos coordenadores deve ser conselheiro titular. Coordenação: substituição da Conselheira Verônica Lourenço; e Coordenação-adjunta: substituição de Maria Ermínia. O Pleno decidiu aguardar até a próxima reunião do CNS garantindo à CISM mais um prazo para chegar a um acordo sobre a coordenação. Caso não seja possível, o Pleno definirá a coordenação. c) **COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Objetivo:** Discussão, acompanhamento e monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. 1ª Reunião do Comitê: 20 de setembro de 2011, das 14h às 18h e 21 de setembro de 2011, das 9h às 17h. Local: Departamento de DST/AIDS. Edifício Premium, Brasília/DF. Indicação de dois representantes do CNS. **Indicações: usuários - Maria de Lourdes Rodrigues; e trabalhadores da saúde: Eurídice Ferreira de Almeida.** d) **CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.** Data: 19 e 20 de outubro de 2011. Local: Rio de Janeiro. O Pleno deve indicar dois usuários, um trabalhador e um gestor. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** defendeu mais vagas para o CNS e a realização de uma oficina do Conselho na Conferência. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** também manifestou preocupação com o número reduzido de vagas para o CNS e defendeu a ampliação. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ratificou a importância de ampliar as vagas para o CNS e pleiteou uma vaga para a comunidade científica, sem prejuízo da indicação do FENTAS. Conselheira **Júlia Maria Roland** informou que solicitara ampliação das vagas do CNS para seis, no seu entendimento, o pleito fora acatado. Desse modo, disse que é preciso confirmar com a organização da Conferência. No mais, disse que os movimentos – LGBT, campo e floresta, população idosa, entre outros – serão contemplados nas vagas de outros Ministérios e não necessariamente nas do Ministério da Saúde. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** também defendeu mais vagas para o CNS, considerando, inclusive, a relação entre a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e a 14ª Conferência Nacional de Saúde. **As indicações do segmento foram as seguintes: dois usuários - Maria Thereza Antunes; Maria do Espírito Santo; Marisa Furia Silva (suplente); um trabalhador: Ruth Ribeiro Bittencourt; e um gestor/prestador de serviço: Olympio Távora Correa.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** solicitou que a mesa considerasse o pleito de uma vaga para a comunidade científica. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** colocou que a demanda do conselheiro Alcides de Miranda era legítima, mas que seria necessário debater o método para definição de nomes. Considerando que a comunidade científica compõe o segmento dos trabalhadores da saúde, sugeriu que, na impossibilidade de participação dessa representação nas reuniões do FENTAS, os pleitos fossem ao Fórum para serem apreciados. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** registrou que a comunidade científica discorda desse método de encaminhamento, por ser contra o centralismo democrático. Portanto, avaliou que determinados itens de representação podem ser submetidos ao Plenário, entendendo que o Colegiado é soberano para decidir sobre esse tipo de assunto. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a SE/CNS tem considerado as indicações dos fóruns, o que não impede que os conselheiros se manifestem no Pleno. Explicou que o pleito da comunidade científica fora registrado e o FENTAS faria nova indicação, no caso de ampliação de vagas. Caso não houvesse consenso sobre o nome, a questão deveria ser tratada no Pleno. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que o segmento dos trabalhadores jamais colocou dificuldades para contemplar os pleitos da comunidade científica. Além disso, destacou que há regras de convivência no âmbito dos segmentos e se a comunidade científica não se submete a elas o caminho é debater a composição do CNS. Ressaltou

que qualquer conselheiro pode trazer demanda ao Pleno do CNS desde que tenha sido apresentada ao seu segmento e não acatada. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** discordou da colocação do Conselheiro Júnior porque a comunidade científica já encaminhara pleitos ao FENTAS que não foram acatados. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ratificou a fala do conselheiro Francisco Batista. **A mesa registrou as indicações para a Conferência (usuários: Maria Thereza Antunes; Maria do Espírito Santo; e Marisa Fúria Silva (suplente); trabalhador: Ruth Ribeiro Bittencourt; e gestor/prestador de serviço: Olympio Távora Correa) e o pleito da comunidade científica (Conselheiro Alcides Silva de Miranda).** Diante da presença de convidados para o próximo item da pauta, a mesa suspendeu os informes. Enquanto se aguardava a composição da próxima mesa, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio para solicitar a antecipação do item relativo à votação da EC nº. 29 para o início dos trabalhos do período da tarde, dada a relevância desse tema. A mesa verificaria essa possibilidade considerando o andamento da pauta. **ITEM 3 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – Apresentação: Debórah Carvalho Malta**, Coordenadora de Agravos e Doenças Crônicas não Transmissíveis/SVS/MS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, nas considerações iniciais, cumprimentou a expositora e explicou ao Plenário que o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis seria apresentado pela Presidente Dilma Rousseff e a delegação do Brasil na Assembleia da ONU, em Nova Iorque, nos dias 19 e 20 de setembro. A Secretária Executiva do CNS justificou que o Ministro da Saúde estava dirigindo-se ao CNS para coordenar esse ponto de pauta. A coordenadora **Debórah Carvalho Malta** iniciou a sua exposição explicando que o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis foi construído com a participação de um conjunto de Ministérios e da sociedade civil. Disse-se tratar de um plano de Estado para dez anos que, inclusive, seria apresentado pela Presidente da República e a delegação brasileira na Assembleia da ONU. Também justificou que o Secretário da SVS, Jarbas Barbosa, não pôde participar desse debate porque estava se dirigindo a Nova Iorque para participar da Assembleia da ONU. Informou que fora disponibilizada versão com sumário executivo do Plano e a versão completa estava disponível no site do Ministério da Saúde. Feitas essas considerações iniciais, passou à exposição começando pelo impacto econômico das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNTs. Explicou que as Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNTs são as doenças de maior magnitude do país (72% dos óbitos e maior carga de morbidade) e, por essa razão, a ONU convocou a 3ª reunião de alto nível, dias 19 e 20 de setembro de 2011, para tratar do tema. Dada a sua magnitude, as Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNTs deixaram de ser uma pauta setorial para ser uma pauta setorial. Salientou ainda que as DCNTs criam um círculo vicioso com a pobreza (OMS, 2011), reduzem 2% ao ano no PIB da América Latina, afetam mais as pessoas de baixa renda e causam custo elevado e crescente para os sistemas de saúde. Para ilustrar, salientou que os países emergentes perdem mais de 20 milhões de anos produtivos de vida anualmente (World Economic Forum, 2008) e o Brasil pode perder US\$ 4,18 bilhões (2006-2015) com a redução da produtividade no trabalho e da renda familiar (Abegunde, 2007). Além disso, ressaltou que é consenso a importância de priorizar esse tema para alcançar indicadores e metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) (OMS, 2011). Sobre as DCNTs no Brasil, falou da transição epidemiológica, destacando: a mudança do perfil epidemiológico (na década de 30, quase 45% das mortes eram causadas por doenças transmissíveis e esse índice reduziu para 5%, enquanto houve uma migração para as doenças não transmissíveis; e a rápida transição demográfica (aumento da proporção de idosos – a estimativa é de proporção similar de idosos e de crianças de 0 a 14 anos, em 2050). Também mostrou o processo de transição nutricional acelerada do país, salientando: prevalência de excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos, por sexo; e prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 5 a 9 anos (no caso do excesso de peso, de 10,8% na década de 50 para 35% em 2008; e, no caso da obesidade, de 2,9% para 16,6% em meninos e 11,8% em menina). Ressaltou que esses dados apontam a necessidade de medidas incisivas e urgentes, visto que, a continuar nesse processo, daqui há dez anos o Brasil terá 70% da população com excesso de peso e 30% com obesidade (o mesmo índice dos Estados Unidos). Esclareceu que é feito monitoramento dos fatores de risco e proteção para DCNTs (tabagismo, álcool abusivo, atividade física, consumo recomendado de frutas e verduras, carnes com gordura) nas capitais do Brasil, inclusive segundo grau de escolaridade (0 a 8 anos de escolaridade; 9 a 11 anos de escolaridade; e 12 ou mais anos de escolaridade). No caso do tabagismo, explicou que a média é de 15,1%, mas, segundo grau de escolaridade, os números são os seguintes: 18,6% com 0 a 8 anos de escolaridade; e 10% com 12 ou mais anos de escolaridade. No caso do álcool abusivo: 16% com 0 a 8 anos de escolaridade; e 22% com 12 ou mais anos de escolaridade. A respeito da atividade física, os índices são: 11% na faixa de menor escolaridade e 20% na faixa de maior escolaridade. Disse que, por essa razão, o Ministério da Saúde investe na proposta de academias da saúde. Sobre o consumo recomendado de frutas e verduras, os índices são: 15% na população de baixa escolaridade e 28% na faixa de maior escolaridade. No caso de consumo de carnes com gordura, o fator é inverso. Em síntese, salientou que os indicadores de proteção são maiores na população de maior escolaridade e os riscos maiores na população de baixa escolaridade. Em relação à obesidade, 17% na população de baixa escolaridade e 13% na população

com maior escolaridade. Sobre a tendência de mortalidade em relação às DCNTs, explicou que 72% dos óbitos referem-se à mortalidade proporcional, mas, na última década, houve uma redução de cerca de 20% nas taxas das doenças crônicas não transmissíveis. Explicou que é consenso a necessidade de atuar nos fatores de risco das DCNTs (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas), sendo os mais expressivos o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o consumo abusivo de álcool. Ressaltou que outro consenso refere-se à necessidade de prevenção de DCNTs ao longo da vida (pré-natal adequado, alimentação adequada à gestante, aleitamento, proteção à exposição aos fatores de risco...). Nessa lógica, disse que as ações do Ministério da Saúde em relação às doenças crônicas não transmissíveis são: 1) Vigilância; 2) Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, Política anti tabaco, acordo com a indústria para redução gordura trans e sal, rotulagem alimentos; 3) Expansão da atenção primária; 4) Exames preventivos de câncer de mama e colo; e 5) Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão arterial e diabetes. Continuando, explicou que o Plano de Enfrentamento das DCNTs no Brasil trabalha com as doenças crônicas e quatro fatores de risco (tabagismo, obesidade, uso nocivo do álcool, inatividade física). Detalhou que as metas do Plano são: reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; e reduzir a prevalência de tabagismo em adultos. No que diz respeito à redução da obesidade nas crianças de 5 a 9 anos, disse que a meta é chegar a 8%. No caso da obesidade na faixa de 10 a 19 anos, a meta é chegar ao patamar de 3%. No que se refere ao tabaco, a meta é diminuir de 15% para 9% (tendência: queda média anual de 0,3%). Para alcançar as metas, disse que o Plano de Enfrentamento das DCNTs 2012- 2022 trabalha com três eixos: Eixo I: Vigilância, monitoramento e avaliação, Eixo II: Prevenção e Promoção da Saúde e Eixo III: Cuidado Integral. No Eixo I - Vigilância, monitoramento e avaliação, detalhou que as propostas são: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (parceria com IBGE); Estudos sobre DCNT – morbimortalidade, inquéritos, avaliação de custos, intervenções em saúde, desigualdades em saúde, identificação de populações vulneráveis; e Portal de Monitoramento e Avaliação do plano. No Eixo II: Prevenção e Promoção da Saúde, destacou que as iniciativas voltadas à atividade física são: Programa Academia da Saúde; Programa Saúde na Escola; Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); reformulação de espaços urbanos saudáveis; Campanhas de comunicação: criação de campanhas articuladas a grandes eventos como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas. Ainda no Eixo II, destacou as ações voltadas à alimentação saudável: promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar; aumento da oferta de alimentos saudáveis; acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar; redução dos preços dos alimentos saudáveis; e Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade. No que se refere ao tabagismo e álcool, disse que estão previstas ações como: adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo; fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool; ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos; ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco; e iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares. Em relação ao envelhecimento ativo, detalhou que estão previstas as seguintes ações: atenção integral ao envelhecimento ativo; prática da atividade física regular no Programa Academia da Saúde; capacitação das equipes de profissionais da APS para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivo à ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; e criação de programas para formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade. No Eixo III: Cuidado Integral, disse que as ações são: acesso com qualidade ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e mama; acesso a medicamentos; e Saúde Toda Hora: Atendimento de Urgência, Atenção Domiciliar e Unidades Coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Por fim, solicitou que o CNS e as entidades assinem a declaração de apoio à implementação do Plano nos endereços: - [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=7082](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7082) (institucional); e - [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=7020](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7020) (pessoa física). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a expositora pela apresentação elucidativa e sugeriu que o CNS aprove moção de apoio ao Plano e recomendação de adesão a ele. Também sugeriu retomar as recomendações e resoluções do CNS sobre obesidade, resultado de amplo debate no Conselho. Retificou ainda que não existe gratuidade de medicamentos, mas sim medicamento “sem custo adicional” para o usuário. Por fim, perguntou a relação do Plano de Enfrentamento das DCNTs com o Pacto pela Vida. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleu**, além dos itens prioritários, sugeriu que o Plano para Enfrentamento das DCNT dê ênfase à origem fetal das doenças crônicas, conforme exposições realizadas durante o Congresso Mundial de Epidemiologia, em Edimbur, Escócia, em agosto de 2011. Explicou que as doenças cardíacas coronarianas, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, osteoporose e asma são originárias da plasticidade de desenvolvimento, em resposta à



desnutrição durante a vida fetal e infância e tipos de câncer também tem semelhante origem. Além disso, salientou que as associações entre o crescimento inicial e doenças tardias se estendem através do crescimento fetal e infantil, o que implica dizer que a “variação normal” no fornecimento de nutrientes para o bebê tem importantes efeitos em longo prazo. Conselheira **Maria Cristhina Biz** cumprimentou a expositora e salientou a importância de enfrentar as DCNTs, inclusive por conta da rápida transição epidemiológica do país. Nas ações relativas ao cuidado integral, registrou a importância de protocolos de avaliação que atendam os indivíduos de forma singular. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que as Conferências Estaduais de Saúde têm debatido as DCNTs no eixo do acesso e têm sido apresentadas demandas das pessoas idosas. Nesse sentido, salientou que no debate sobre acesso deve-se considerar o objetivo do planejamento estratégico e do PPA do MS relativo ao envelhecimento ativo. Também solicitou manifestação sobre a atenção domiciliar, visto que se trata de uma demanda da população idosa usuária do SUS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** registrou que no dia mundial da saúde oral, 12 de setembro, foi feito debate sobre as doenças não transmissíveis e lembrou que as doenças orais – cáries e doenças periodontais – são fatores de riscos de outras doenças não transmissíveis como câncer e doenças cardíacas. Nesse sentido, solicitou que o Plano dê destaque a essa questão. Conselheiro **Nadir Amaral** saudou a iniciativa e sugeriu uma parceria com os sindicatos de prédios residenciais para divulgar o Plano, visto que zeladores e porteiros também são cuidadores, indiretamente. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** cumprimentou a Coordenadora de Agravos e Doenças Crônicas não Transmissíveis e sua equipe pela proposta que se configura em um paradigma para inversão do atual modelo de saúde e registrou que o CONASS apoia a implementação do Plano. Por fim, perguntou como se dá a articulação com o setor da educação e como as escolas podem assumir para si este projeto nacional. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** destacou a importância da vigilância epidemiológica à luz da economia da saúde e perguntou se os Estados realizam essa vigilância e submetem aos CESS e CMSs. Ressaltou que é preciso definir parceria com as escolas a fim de identificar, além da obesidade, patologias em crianças. No que se refere à vigilância, monitoramento e avaliação, perguntou se as redes conveniadas ao SUS estão contempladas. Também falou sobre a importância de pesquisa em relação à terapia renal substitutiva e também perguntou como é tratada a questão da desnutrição (rejeição alimentar) no tratamento das doenças crônicas. Quis saber também se está contemplada a questão da hipertensão arterial. No que se refere a medicamentos, defendeu a farmacovigilância para os grupos que tomam vários medicamentos (patologias associadas) e se estes provocam efeitos adversos ou se tornam ineficazes por conta da associação conjunta, por exemplo, de alimentos. Conselheira **Marisa Furia Silva** ressaltou que, além do sal e do açúcar, é preciso reduzir o índice de gordura vegetal hidrogenada nos alimentos industrializados. Também destacou que é preciso preparar os programas para atender a população idosa com deficiência. Por fim, salientou que é preciso capacitar os cuidadores para atender as pessoas com deficiência, inclusive intelectual. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou a expositora, mas sentiu falta do recorte étnico-racial, por entender que é preciso considerar as peculiaridades e a relação com outros fatores. Também destacou que é preciso levar em conta a interrelação com outras doenças prevalentes na população negra, além da obesidade e pressão arterial. Por fim, perguntou como é feito o levantamento do quesito raça/cor pelo Sistema VIGITEL. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** saudou a iniciativa, mas ponderou a necessidade de definir uma estratégia para trabalhar a questão das doenças crônicas não transmissíveis com a população mais pobre (decodificar as informações). Também ressaltou a importância de trabalhar a prevenção de DCNT ao longo da vida, visto que não se refere apenas ao idoso. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, em relação ao conceito das DCNTs, ressaltou que é preciso detalhar melhor as outras doenças como a reumática. Também ressaltou a importância de debater outras questões estruturantes como a redução dos agrotóxicos dos alimentos que é a causa da origem de boa parte dos cânceres. Além disso, defendeu como bandeira o enfrentamento do câncer no mundo e salientou a importância de articulação com o CONSEA. Em relação ao mapa da saúde, ressaltou que é preciso trabalhar o recorte da população rural. Salientou que a vigilância é essencial para prevenção e prevenção da saúde, mas ainda se trata de um setor secundarizado no Ministério da Saúde e nos Estados. Por fim, perguntou como avançar nessa questão que tem relação com outras políticas públicas e áreas do governo. Conselheira **Zilda de Faveri Souza** cumprimentou a expositora pela fala elucidativa e perguntou por que não foram consideradas outras drogas nos fatores de risco (além de álcool e tabagismo). Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** saudou a iniciativa e quis saber como se dá a interface com as categorias profissionais da saúde, lembrando que o exercício físico para as pessoas com doenças deve ser terapêutico e orientado. Também falou da questão da incapacidade x funcionalidade para destacar que é preciso trabalhar com interface na CIF. Fechou salientando a importância de atenção para o uso, em longa escala, da glicose de milho nos alimentos industrializados. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** saudou a expositora e salientou que é preciso considerar no debate dos determinantes de desigualdade a questão da moradia e do desenvolvimento. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** também cumprimentou a expositora e sugeriu levantamento sobre a psoríase, haja vista o aumento do número de casos com incapacidades psicológicas e físicas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** cumprimentou o Ministério da Saúde pela iniciativa e informou que o Conselho Federal de

Nutricionista está promovendo uma campanha sobre obesidade, fome e desperdício. Também reiterou a sua preocupação com o recurso financeiro destinado ao combate desse agravo e perguntou se há informação a esse respeito. Concluídas as falas dos conselheiros, foi aberta a palavra para intervenção dos convidados. O secretário de assuntos jurídicos da FENAM, **Antônio José dos Santos**, cumprimentou a expositora pelas informações e salientou que criança bem alimentada previne doenças. Também destacou que o aleitamento materno e a realização dos partos normais contribuem para diminuir a obesidade. A representante da FEMAMA, **Lauren Caleffi**, explicou que a Federação congrega 51 ONGs associadas na luta contra o câncer de mama no Brasil. Destacou o alto grau de letalidade do câncer de mama no país e frisou que o foco deve ser salvar vidas, com políticas de atenção integral à saúde da mulher. Também salientou a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama, visto que há 95% de chance de cura se diagnosticado precocemente. Além disso, ressaltou que é essencial garantir acesso aos serviços, diagnóstico com qualidade, tratamento ágil e reabilitação para as mulheres com câncer. **Retorno da mesa.** A Coordenadora de Agravos e Doenças Crônicas não Transmissíveis/SVS/MS, **Debóra Carvalho Malta**, agradeceu as falas e destacou a importância de apresentar o Plano ao CNS antes da reunião da ONU. Apelou aos conselheiros que assinem a declaração de apoio à implementação do Plano, incentivando os demais movimentos sociais a fazer o mesmo. Explicou que a proposta é de mudança de paradigma de intervenção e o foco deve, progressivamente, ser as doenças crônicas, até mesmo do ponto de vista da formação e capacitação dos profissionais. Disse que o conteúdo do Plano é técnico, mas será feito investimento em comunicação para fazer chegar a mensagem à população em geral. Sobre medicamentos, informou que a reunião da ONU contará com uma mesa para discutir acesso universal a medicamentos (o Brasil é o único país a garantir esse direito e é preciso preservá-lo e ampliá-lo). Esclareceu que o Plano contempla indicadores do Pacto pela Vida relativos à atividade física e acrescentou que fora aprovado na Tripartite, com o compromisso de rediscutir metas factíveis para Estados e Municípios. Também salientou a questão da origem fetal de doenças e, nessa linha, reiterou a ênfase na atenção para todas as fases da vida. Esclareceu que o Plano foi construído pelas áreas técnicas do MS sob a coordenação da SVS/MS e estão sendo construídos protocolos com garantia de capacitação. Sobre a atenção domiciliar, lembrou que é uma das prioridades do Ministério da Saúde e será realizado processo de capacitação dos profissionais nesse sentido. Clarificou ainda que o Plano segue a orientação da OMS, priorizando os quatro fatores de risco e as quatro doenças mais prevalentes, contudo, a saúde oral se insere nesse contexto. Informou, inclusive, que na reunião da ONU, o Brasil participará, na condição de coorganizador, de uma reunião com a Tanzânia para debater saúde oral. Concordeu com a proposta de definir parcerias com porteiros e zeladores para disseminar informação inclusive para os cuidadores. Reiterou que o Plano traz mudança de paradigma e de modelo de atenção e articula-se com o Programa Saúde da Escola. No que se refere à detecção de doenças na escola, explicou que o Programa de Saúde na Escola está articulado com o PSF. Informou ainda que a ANS participou da construção do Plano e a intenção é que planos privados de saúde encampem essa proposta. Salientou que a nutrição se restringe a grupo específico, mas deve ser cuidada e concordou que o usuário deve ser visto na sua singularidade. Disse ainda que a hipertensão é a base das doenças cardiovasculares e está incluída na proposta. Também destacou que foram firmados acordos com a indústria para redução da gordura trans e sal nos alimentos e os próximos acordos serão sobre açúcares e gorduras. Além disso, explicou que não era possível analisar indicadores pelo recorte raça cor, mas, foi feita correção no Sistema VIGETEL e a partir desse ano os dados do sistema poderão ser feitos segundo recorte raça/cor. Concordeu que é preciso avançar nos estudos sobre desigualdade, buscando todos os recortes e a Pesquisa Nacional de Saúde possibilitará avanço nesse sentido. Disse que a orientação da atividade física é para todos, mas apresenta especificidades; nessa linha, todas as categorias profissionais se inserem nesse contexto. Neste momento, a mesa interrompeu a sua fala e o Pleno cantou parabéns ao conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS e Ministro da Saúde, aniversariante do dia. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** saudou o Presidente do CNS em nome do Plenário do CNS. Continuando, a coordenadora **Debóra Carvalho Malta** explicou que, ao ser tratada na ONU, a questão das doenças crônicas não transmissíveis passa a ser um problema global e não setorial. Disse que o debate dos agrotóxicos está contemplado, lembrando que o uso desse produto é necessário visto que o país não tem condições de produzir alimentos orgânicos em larga escala. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu que a ONU e a FAO negociem, ao menos, a redução de resíduos de agrotóxicos nos alimentos. A coordenadora **Debóra Carvalho Malta** destacou que essa é uma preocupação e está contemplada no Plano. Também disse que o envelhecimento ativo é uma questão forte no Plano e um compromisso. Sobre a psoríase, disse que o Plano não apresenta detalhamento, mas a resposta do SUS às doenças crônicas não transmissíveis será aperfeiçoada mesmo que não seja uma das quatro prioridades do Plano. Informou que ainda não há orçamento global do custo do Plano até mesmo por conta da complexidade. Salientou também a necessidade de mudança de hábitos nas escolas e nas famílias visando enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, informou que os protocolos estão em processo de revisão, iniciando por aqueles das doenças com maior prevalência. Por fim, agradeceu a oportunidade e incentivou a adesão e divulgação do Plano, visando garantir mudança de paradigma. Conselheiro



**José Marcos de Oliveira** listou os encaminhamentos que emergiram nas intervenções: aprovar moção de apoio ao Plano de Enfrentamento às DCNTs e recomendação aos CESSs, CMSs e à sociedade civil em geral que façam adesão à declaração de apoio à implementação deste Plano; apresentar o Plano na 14ª CNS; e promover articulação com CONSEA e outros conselhos visando fortalecer e divulgar o Plano. Conselheira **Maria Crisithina Biz** sugeriu que CONASS e CONASEMS se apropriem da proposta de Cidade Amiga do Idoso. **Deliberação: aprovado o mérito de moção de apoio do CNS ao Plano de Enfrentamento às DCNTs e recomendação aos CESSs, CMSs e à sociedade civil em geral que façam adesão à declaração de apoio à implementação do Plano; apresentar o Plano de Enfrentamento às DCNTs na 14ª CNS; promover articulação com CONSEA e outros conselhos visando fortalecer e divulgar o Plano; e recomendar ao CONASS e CONASEMS que se apropriem da proposta de Cidade Amiga do Idoso, uma iniciativa da ONU.**

Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que o Plano fora objeto de amplo debate (consulta pública, fórum ampliado) e na Comissão Intergestores Triparte foram pactuadas as diretrizes e a recomendação de pactuação de metas por Estados e Municípios ao longo de 2011 e 2012. Nesse sentido, salientou a importância do envolvimento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde nesse processo de pactuação nos Estados e Municípios. Também convidou os conselheiros para o lançamento do livro “Adib Jatene e Alexandre Padilha: 40 anos de medicina - O que mudou?”. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou versão acessível do livro às pessoas com deficiência. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que já está pronta versão acessível às pessoas com deficiência visual e aproveitou para informar que o site do Ministério da Saúde está adequado aos padrões de acessibilidade, atendendo inclusive à solicitação do Conselheiro Volmir Raimondi. Feitas essas considerações, Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu a coordenadora **Débora Carvalho Malta** pela exposição e pelo debate e os representantes da FENAM e da FEMAMA pela presença e encerrou a discussão deste item.

**ITEM 4 – LANÇAMENTO DA PESQUISA SOBRE O PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL - Composição da mesa: Ana Estella Haddad**, Secretária Adjunta da SGTES/MS; **Maria Helena Machado**, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ; **Manuel Carlos Neri da Silva Machado**, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. *Coordenação:* Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. A Secretária Adjunta da SGTES/MS, **Ana Stella Haddad**, manifestou a satisfação da Secretaria com o lançamento da Pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil e destacou que, além de uma resposta ao anseio da categoria, servirá de subsídio ao Ministério da Saúde na condução da Política de Gestão do Trabalho e da Educação. Aproveitou para cumprimentar a coordenadora da pesquisa, Maria Helena Machado e agradecer a ABEn, o COFEn e a FNE pela parceria. Explicou que a pesquisa está vinculada à Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde – estação da FIOCRUZ – e o conteúdo contou com o acompanhamento do DGERTS. Após essas considerações iniciais, a pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ, **Maria Helena Machado**, após cumprimentar os componentes da mesa e o Pleno do CNS, passou à explanação da proposta. Começou explicando que a Pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil é uma realização do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn e Federação Nacional dos Enfermeiros-FNE com o apoio da Rede de Observatório de RH, Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, Fórum Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Associação Nacional de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. Explicou que a Pesquisa nasce de uma demanda histórica da corporação da enfermagem, que data de década de 1990, de conhecer o perfil de seu contingente profissional. Também responde a lacuna de conhecimento detalhado e aprofundado da maior categoria do setor saúde. Destacou que dados do IBGE/AMS de 2009 apontam quase um milhão de empregos no setor saúde e o COFEn registra hoje cerca de 1,3 milhão de profissionais em sua base, sendo mais de 90% de mulheres. Detalhou que a realização do Perfil justifica-se pelas mudanças no mundo do trabalho que têm gerado alterações profundas na conformação, estruturação e no processo de trabalho como um todo. Explicou que a saúde e, especialmente, a equipe de enfermagem vem experimentado essas mudanças, de forma intensa, afetando o núcleo do seu processo de trabalho. Além disso, o volume de empregos diretos que concentra no setor (público e privado) torna a enfermagem um contingente hegemônico e definidor de políticas públicas no âmbito do SUS. Ademais, o desordenamento da abertura de escolas técnicas e profissionais que o Brasil experimenta passou a ser um enorme problema político-social, exigindo das autoridades governamentais e da corporação medidas enérgicas e imediatas. No mais, salientou que a corporação apresenta hoje uma agenda política que merece atenção especial dos governantes: recomposição (com redução de categorias) da equipe de enfermagem, piso salarial nacional, redução da jornada de trabalho para 30 horas, entre outros. Explicou que o objetivo geral da pesquisa é analisar a situação atual da enfermagem no Brasil buscando conhecer a sua dinâmica no recente contexto socioeconômico e político brasileiro. Detalhou que os objetivos específicos são: traçar perfis profissionais dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem considerando as características socioeconômicas, a formação, o desenvolvimento profissional, a inserção no mundo do trabalho e a participação sócio-política desses profissionais; analisar a dinâmica atual do mercado de trabalho da enfermagem;

apontar tendências e perspectivas para a enfermagem; e contribuir para a formulação de políticas públicas adequadas para este hegemônico contingente de trabalhadores de saúde. Acrescentou que o universo da pesquisa engloba todos os auxiliares, técnicos e enfermeiros que estão inscritos no COFEn, totalizando mais de 1,3 milhão de trabalhadores (para isso, serão utilizados os dados cadastrais do COFEn e dos Corens). Disse que a amostra será constituída basicamente pelas seguintes variáveis sexo, idade, localização geográfica (capital/interior), proporção de profissionais segundo unidades da federação e serão pesquisados todos os estados da federação. Explicou que o questionário da pesquisa está dividido nos seguintes blocos: Bloco 1. Identificação socioeconômica; Blocos 2 e 3. Formação Profissional; Bloco 4. Acesso à informação técnico-científico; Bloco 5. Mercado de trabalho; Bloco 6. Satisfação no trabalho e relacionamento; e Bloco 7. Participação sócio-política. Disse que a pesquisa será realizada pela equipe de pesquisadores da FIOCRUZ/ENSP em parceria com as entidades de enfermagem. Esclareceu ainda que a coordenação institucional nacional é composta pelas entidades da corporação (COFEn, ABEn e FNE) e pela FIOCRUZ, através da ENSP-NERHUS- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde/OBSERVA-RH ENSP. Detalhou que a coordenação geral é de responsabilidade da FIOCRUZ (NERHUS) que terá em cada estado uma coordenação estadual definida em conjunto com as entidades de enfermagem. Além disso, a pesquisa contará com o apoio institucional e o suporte técnico da Rede de Observatório de RH/MS, em todas as regiões. Acrescentou que os questionários são autoaplicáveis e serão distribuídos pelos Correios a cada profissional da amostra (com porte pago) para facilitar a devolução dos mesmos e estarão também disponíveis na Internet, no site da pesquisa, com instruções de preenchimento. No mais, salientou que a participação dos sujeitos da amostra será voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento e na sua participação será garantido o anonimato. Informou que, após reuniões formais entre a direção da ENSP/FIOCRUZ e as Entidades de Enfermagem, foram assinados Convênios de Cooperação Técnica entre as partes – COFEn, ABEn e FNE, assegurando assim, o pleno desenvolvimento do projeto de pesquisa em parcerias. Disse que o projeto foi discutido, apresentado e aprovado nas instâncias diretivas das entidades e discutido e apresentado à direção da SGTES à época, tendo sido acatadas as sugestões apresentadas. Esclareceu que foi realizado pré-teste do questionário, durante evento da corporação e posteriormente feitos os ajustes necessários e o instrumento se encontra em processo de edição e formatação para impressão gráfica. Ressaltou que o Projeto foi aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz e possui múltiplo financiamento: SGTES/MS-Rede Observatório de RH, ENSP/FIOCRUZ e das entidades: COFEn, FNE e ABEn. Ressaltou que a pesquisa terá a duração de dois anos, sendo quatro meses reservados para a pesquisa de campo. Detalhou que os resultados esperados são os seguintes: relatórios parciais para divulgação de resultados preliminares; relatório Final contendo todas as informações e dados analisados; publicação dos resultados finais por estados e regiões totalizando 27 volumes; publicação de um livro pela Editora FIOCRUZ sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil; publicação de artigos, resenhas e análises em revistas técnico-científicas (indexadas) nacionais e internacionais; produção de CDs e outros meios com informações completas digitalizadas da Pesquisa; geração de Bancos de Dados Nacional de amplo e livre acesso sobre o conteúdo da Pesquisa; e realização de seminário nacional para ampla divulgação dos resultados da Pesquisa à imprensa, à comunidade da enfermagem e autoridades governamentais. Para conhecimento, explicou que o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde – NERHUS é composto por: Maria Helena Machado (coord.); Antenor Amâncio Filho; Ana Luiza Stiebler; Neuza Moysés; Eliane Oliveira; Monica Wermelinger; Sérgio Pacheco; Maria de Fátima Lobato; Márcia Teixeira; e José Luiz Telles. Explicou que a Estação da Escola Nacional de Saúde Pública – OBSERVARH-ENSP está inserida no NERHUS, desde a criação pelo Ministério da Saúde e OPAS em 1999, da Rede de Observatório de RH em Saúde. Acrescentou que o NERHUS adota como estratégia a realização de estudos e pesquisas que vêm contribuindo na formulação de políticas públicas, sejam elas federais, estaduais ou municipais no âmbito do SUS e nas políticas internacionais no âmbito do Mercosul. Finalizando, manifestou a sua satisfação por coordenar esse processo. A Secretária Adjunta da SGTES/MS, **Ana Stella Haddad**, acrescentou que a Rede de Observatório do Brasil foi apresentada em encontro da OMS e a experiência do país foi considerada a mais avançada entre os 48 países presentes. Por fim, reiterou a importância da pesquisa e reiterou o apoio à iniciativa. O Presidente do COFEn, **Manuel Carlos N. da Silva Machado**, saudou os integrantes da mesa e os demais presentes e registrou a sua satisfação com o lançamento da pesquisa, uma iniciativa de extrema importância e almejada pelas entidades de enfermagem. Disse que, após várias reuniões, no mês de maio foi assinado convênio com a FIOCRUZ na ordem de R\$ 4,6 milhões (recursos da enfermagem repassados por meio do Conselho Federal de Enfermagem) e destacou que a parceria com a FIOCRUZ, ABEn e FNE proporcionou essa realidade. Salientou que a pesquisa é de suma importância porque possibilitará conhecer as diversas categorias que compõem a profissão de enfermagem e possibilitar a definição de políticas públicas. Agradeceu o apoio do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ na realização da pesquisa e ressaltou que os Conselhos de Enfermagem se esforçarão para garantir o sucesso da iniciativa. Também, em nome das entidades de enfermagem, reiterou a reivindicação pela redução da jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem para 30

horas/semanais, visto que contribuirá na qualidade da assistência à saúde da população. Por fim, agradeceu a oportunidade e o apoio do CNS. Devido ao adiantado da hora, a mesa decidiu abrir a palavra apenas para uma intervenção. Conselheiro **João Rodrigues Filho** ressaltou que a CNTS tem se empenhado para ser incluída como uma das entidades responsáveis pela pesquisa, mas a Confederação aparece apenas como apoiadora. Lembrou, inclusive, que a CNTS representa 1,159 milhões de trabalhadores diretamente ligados à força de trabalho de enfermagem (técnicos e auxiliares) e, portanto, não pode estar de fora desse processo. Ressaltou que a preocupação refere-se à possibilidade de os dados da pesquisa não refletirem a realidade dos trabalhadores da saúde, caso a entidade não participe. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, registrou a manifestação do conselheiro e destacou que a informação que recebera é que a CNTS apoia a pesquisa. Ressaltou que os trabalhadores serão alvo da pesquisa, bem como participantes ativos dela. Definido esse ponto, o Presidente do CNS agradeceu os convidados e interrompeu para o almoço. Reiniciando, foi aberto informe sobre o movimento primavera da saúde em defesa da regulamentação da EC nº. 29. *Composição da mesa:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**; Conselheiro **Pedro Tourinho**; e **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária Executiva do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Pedro Tourinho** explicou que o movimento primavera da saúde é decorrente do ato, realizado em agosto de 2011, na Câmara dos Deputados com o apoio do CNS, em defesa da regulamentação da EC nº. 29. Disse que foram realizadas mobilizações em defesa da EC nº. 29 nas conferências estaduais e em diversas outras atividades relativas à saúde. Também informou que estão previstas as seguintes atividades nacionais: debate na Câmara dos Deputados sobre o SUS, no dia 20 de setembro de 2011, das 10h às 14h (comissão geral) e mobilização (a votação da EC foi agendada para o dia 21 de setembro); e ato público de lançamento da primavera da saúde, no dia 27 de setembro de 2011. Ressaltou que após votação na Câmara dos Deputados a proposta segue para o Senado Federal, o que demanda a continuidade do processo de mobilização. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que o movimento social deve apropriar-se desse momento para enfrentar os ataques ao SUS. Lembrou que a pauta da primavera da saúde é a seguinte: aumento dos recursos públicos para a saúde, responsabilização tripartite em relação ao financiamento, receitas vinculadas para a saúde, definição do que são ações e serviços de saúde e busca de novas fontes de financiamento para a saúde. Destacou que a primeira parte da batalha é a votação do dia 21 de setembro e, portanto, defendeu que o CNS reafirme a sua posição favorável à Contribuição Social para a Saúde. Ressaltou que, após deliberação na Câmara dos Deputados, o projeto será apreciado no Senado Federal e as entidades devem mobilizar-se na defesa por mais recursos da saúde. Por fim, conclamou os conselheiros e as entidades a participar da luta para resolver o problema do subfinanciamento da saúde. Conselheiro **Pedro Tourinho** ressaltou que a primavera da saúde é uma jornada prolongada de mobilização para superar o subfinanciamento da saúde. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que os conselheiros seriam consultados sobre a disponibilidade para participar da atividade do dia 21 de setembro (as passagens serão custeadas). Informou também que não será possível financiar a vinda dos conselheiros para participar da atividade no dia 27, a não ser dos que já estarão em Brasília para reunião (comissão organizadora da 14ª CNS e COFIN). A respeito da CSS, lembrou que o CNS possui duas decisões: apoio à CSS e aprovação da EC nº. 29, independente da fonte de recurso. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** defendeu posicionamento do CNS mais incisivo nesse momento que precede a votação da EC nº. 29 e sugeriu que o Ministério da Saúde negocie audiência do CNS com a Presidente da República para tratar desse tema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que uma das reivindicações da atividade do dia 27 de setembro é uma reunião com a Presidente da República para apresentar a pauta do movimento. Também ressaltou a importância de reafirmar a posição do CNS sobre a necessidade de uma contribuição (fonte) para a saúde visto que será votado no dia 21 de setembro um destaque sobre a Contribuição Social da Saúde. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** registrou que a ABO, entidade que representa no CNS, é contra a criação de novos impostos e sugeriu que o tema volte a ser debatido no CNS diante do atual panorama político (o governo é favorável à aprovação da EC nº. 29, por exemplo). Conselheiro **Nelson Mussolini**, representando a CNI, também disse que é contra a criação de novos impostos e defendeu melhor distribuição dos impostos atualmente arrecadados. Esclareceu, ainda, que a carga tributária do Brasil é uma das maiores do mundo e que uma eventual Contribuição sobre movimentação financeira iria onerar a população como um todo, pois recairia, mais uma vez, sobre os bens e serviços, ou seja, sobre o consumo e não apenas sobre as grandes movimentações financeiras, como alguns, de forma equivocada, imaginavam. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, primeiro, afirmou que não se sustenta a tese de que agregar novos tributos para políticas universais implica em aumento de custo de mercadoria. Também ressaltou que a sociedade brasileira realiza renúncia fiscal no imposto de renda e na importação de matéria prima para indústria, isenta impostos de circulação de agrotóxicos e não taxa fortuna. Portanto, disse que o debate deve ter como eixo alternativas que viabilizem o Sistema e garantam a progressividade dos custos de uma política universal. Por fim, salientou que é preciso cuidado e visão estratégica para não entrar no discurso veiculado pela grande mídia e reiterou que política pública necessita de financiamento estável e progressivo. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que há acordo de líderes dos partidos sobre a votação no dia 21 de setembro e esse

fato representa uma vitória do movimento social. Também ressaltou que é preciso discutir as fontes de financiamento da saúde até a 14ª CNS que é o centro de debate neste momento. Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu que o CNS se empenhasse na construção de consenso sobre uma proposta para ampliar os recursos da saúde, independente da fonte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que a questão do financiamento do país, em especial para as áreas públicas, é complexa e será resolvida, por exemplo, quando a dívida pública for equacionada, a DRU for extinta e a reforma tributária garantida (imposto progressivo e mais justo). Defendeu que o CNS explicita a sua posição favorável à proposta que será votada na Câmara dos Deputados, independente de discussão posterior. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** encaminhou a proposta de manter a posição do CNS: aprovação da EC nº. 29 com a CSS ou outra fonte de recurso permanente, estável e progressiva.

**Deliberação: o Plenário decidiu manter a posição do CNS de aprovação da EC nº. 29 com a CSS ou outra fonte de recurso permanente, estável e progressiva; e custear a vinda dos conselheiros para o debate sobre o SUS na Câmara dos Deputados, dia 20 de setembro de 2011, das 10h às 14h (será feita consulta, por meio de lista, dos conselheiros com disponibilidade para participar do evento, para emissão das passagens).**

**MONITORAMENTO DA RESOLUÇÃO CNS Nº 445 DE 11 DE AGOSTO DE 2011** – Conselheiro **Clóvis Bouffleur** informou que a Resolução nº. 445/11 foi assinada pelo Ministro da Saúde e publicada no dia 11 de agosto. Explicou que no momento a ação de São Paulo encontra-se suspensa e a resolução contribuiu nesse sentido.

**TEM 6 – TEMA DA 14ª CNS: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – RESOLUÇÃO FORMAÇÃO PROFISSIONAL** - *Composição da mesa:* **Ana Estela Haddad**, Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES/MS; **Denise Motta Dau**, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho-DEGERTS/MS; Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos trabalhadores; e Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, representante dos usuários. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** detalhou que esse item era parte de uma série de discussões sobre os eixos estruturantes da 14ª CNS e a intenção era gerar subsídios para debate na Conferência. A primeira expositora foi a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, com enfoque no desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores do SUS – panorama das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde. Começou explicando que a SGTES tem como base político-jurídica a Constituição Federal de 1988 que define o Sistema Único de Saúde e atribuiu a ele a ordenação da formação de RH na área de saúde. Isso significa definir o perfil profissional, o quantitativo profissional, a composição tecnológica das equipes pertinentes às necessidades locais. Disse que o panorama global da gestão do trabalho em saúde é marcado pelo custo crescente para os sistemas de saúde do uso não racional da alta tecnologia, necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde: aumentar o número de usuários e acúmulo e transição do perfil socioepidemiológico. Ressaltou que, em oposição a outros setores econômicos, a saúde exige trabalho intensivo e os trabalhadores nunca serão substituídos por máquinas ou tecnologia. Além disso, o contato pessoal é indispensável e a relação profissional/paciente incorpora a essência do cuidado em saúde. Salientou ainda que a saúde não pode ser adiada, o fator tempo é essencial, e precisa ser oferecida para cada pessoa. Nessa perspectiva, explicou que a Política de Educação para o SUS busca trabalhar com a integração educação e trabalho em saúde e mudança nas práticas de formação e nas práticas de saúde. Detalhou que as prioridades na Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes: democratização das relações de trabalho; fortalecimento e ampliação dos espaços de negociação e do diálogo; desprecarização dos vínculos de trabalho; fortalecimento das áreas de gestão do trabalho e da educação nos estados e municípios; integração das atividades de educação permanente com a gestão do trabalho; fixação de trabalhadores e profissionais em todas as regiões; e criação e consolidação de carreiras profissionais. Disse que a SGTES possui Agenda programática da política de reorientação da formação de RH-SUS tendo como eixo a educação permanente: pós-graduação e programas de capacitações para gestores e profissionais da Rede de Serviços SUS. Explicou que a Educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Desse modo, a Educação Permanente visa transformar as práticas institucionais, melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde, promover atuação comprometida da equipe com o processo de trabalho e com a comunidade e melhora as relações nas e entre equipes de trabalho. Acrescentou que o foco da educação permanente é os processos de trabalho (atenção, gestão e controle social), com enfoque na equipe multiprofissional e na integralidade do processo de trabalho, a e construção de estratégias levadas à prática porque os diferentes atores participam efetivamente da sua proposição. Ressaltou ainda que a educação permanente traz princípios que levam a mudanças de orientação nos processos de formação e citou, por exemplo, de competências gerais para competências estratégicas; de capacitação centrada em informação interessante para capacitação centrada no conhecimento necessário; e da capacitação “programada” à capacitação oportuna. Nessa linha, explicou que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.996/07, adequou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ao processo de regionalização do SUS, articulando a implantação desta Política aos colegiados de gestão regional. Disse que, a partir da Portaria, são repassados recursos anualmente a Estados e Municípios para

implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para conhecimento, destacou que foram repassados os seguintes recursos da educação profissional destinados à educação permanente dos trabalhadores de nível médio: 2007 – R\$ 85.000.000,00; 2008 – R\$ 85.000.000,00; 2009 - R\$ 85.000.000,00; e 2010 - R\$ 30.000.000,00. Ressaltou que aproximadamente 100 mil trabalhadores foram contemplados com qualificações e formação técnica de nível médio. Destacou também a educação permanente a partir da análise de contexto, considerando: problemas de saúde (situação epidemiológica), políticas, situação social, cultural e econômica, cenários de trabalho, características dos RH (distribuição, contratação, competências) e processos de trabalho. Também falou das Comissões de Integração Ensino Serviço – CIES que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PEPS. Explicou que as CIES devem funcionar como espaços interinstitucionais e regionais para cogestão desta política, orientadas pelo Plano de Ação Regional para a área de Educação na Saúde. Dos objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, destacou o objetivo central da SGTES de contribuir para a adequada formação, alocação, valorização, qualificação e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Nessa perspectiva, explicou que a gestão visa: integrar plenamente a Gestão do Trabalho e a Gestão da Educação; atuar de forma conjunta com os Ministérios da Educação e do Trabalho - Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde; e promover diálogo com as entidades representativas de profissionais e de trabalhadores de saúde. Além disso, ressaltou que todas as propostas seriam submetidas ao Conselho Nacional de Saúde e seriam implantadas após consenso com os gestores estaduais e municipais (CONASS e CONASEMS). Também fez uma abordagem sobre a educação profissional e saúde e solicitou um espaço na pauta do CNS para debater a formação profissional de nível fundamental e médio. Explicou que a Secretaria possui programas de formação profissional de técnicos de nível médio para o SUS, programas de qualificações e especialização pós-técnica. Acrescentou que o projeto pedagógico dos cursos baseia-se no estabelecimento de perfil de competências, considerando o processo de trabalho em saúde esperado para o profissional. Explicou que está em formação uma subcomissão com a Secretaria de Educação Técnica e Profissional do MEC para trabalhar de forma mais articulada a formação de nível técnico. Disse que, para educação profissional em saúde, o SUS conta com a Rede de Escolas Técnicas do SUS. Explicou que as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) são instâncias educacionais criadas para efetivar processos e programas de formação profissional técnica de nível médio na área de saúde e de qualificação do pessoal de nível técnico empregado no setor saúde. Detalhou que são espaços pedagógicos formalmente instituídos onde são desenvolvidos, de forma ordenada e sistemática, processos formativos do trabalhador, empregado na rede de serviços do SUS e hoje são 36 escolas nos 27 Estados. Detalhou que são princípios da Educação Profissional para as ETSUS: o trabalho como um princípio pedagógico (a Unidade de trabalho é um locus de aprendizagem); parceria e articulado entre instituições de ensino e de serviços; essência do processo ensino-aprendizagem: a aprendizagem baseada na análise, acompanhamento e avaliação crítica sobre as práticas reais da rede de serviços (aprendizagem significativa); e as necessidades de formação e qualificação emergem do processo de trabalho nas unidades de saúde. Ressaltou ainda que a Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS e dispõe sobre as diretrizes para a sua organização. Também falou sobre o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS destacando que o investimento em 2011 é de R\$ 63.000.000,00. Adiantou que, em 2012, uma das prioridades da SGTES será a ampliação da formação profissional de nível médio. Destacou as prioridades do PROFAPS para formação técnica de nível médio: Radiologia; Patologia Clínica e Citotécnico; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária; Vigilância em Saúde; e Enfermagem. Disse que, além da formação, há cursos de aperfeiçoamento e capacitação como saúde do idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência e formação de Agente Comunitário de Saúde. Ressaltou que, no período de 2005 a 2010, 155.500 agentes comunitários de saúde concluíram o curso de formação. Também destacou que foi estabelecido o Programa de Qualificação do Agente de Combate a Endemias e os cursos estão iniciando. Por fim, destacou como desafios da educação profissional buscar formas de qualificar e atuar na perspectiva das Redes de Atenção e nas áreas prioritizadas dentro dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde. A segunda expositora foi a diretora do DEGERTS/MS, **Denise Motta Dau**, que focou a sua fala nas ações do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Iniciou contextualizando que o DEGERTS é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração das políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, a fim de estimular e consolidar os processos de negociação do trabalho em saúde com gestores, trabalhadores, conselhos profissionais e setor privado. Além disso, contribui para a democratização das relações de trabalho e estruturação da política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS e colabora para a valorização do trabalhador e a estruturação das redes de atenção do SUS. Pontuou como desafios para a gestão do trabalho em saúde: fortalecimento e expansão de programas e ações para a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS; articulação da gestão do trabalho com a gestão da educação

em saúde; ampliação de espaços de negociação sobre relações de trabalho no SUS; negociação e implantação de Planos de Carreira, Cargos e Salários para carreira multiprofissional nas três esferas; articulação da educação permanente e educação em serviço ao desenvolvimento de carreira; estruturação das áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nos estados e municípios; definição de ações articuladas para provimento e fixação de profissionais de saúde para áreas remotas, de difícil acesso e baixo desenvolvimento sócio - econômico; estruturação e implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; definição de indicadores de gestão do trabalho para composição da avaliação do desempenho do SUS nos entes federados; organização de sistema de informações com dados atualizados sobre a força de trabalho em saúde no Brasil; e democratização das relações de trabalho. Também falou da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – A MNNP-SUS, um fórum de negociação paritário com caráter permanente. Detalhou que a MNNP-SUS é o espaço de diálogo sobre as relações de trabalho no SUS e, desde a sua reativação, foram pactuados sete protocolos nacionais referendados pelo CNS: Protocolo 1 - Regimento da MNNP/SUS; Protocolo 2 - Instalação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS; Protocolo 3 - Criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS; Protocolo 4 - Processo educativo em negociação do trabalho no SUS – em revisão; Protocolo 5 - Orientações para aperfeiçoar procedimentos de cessão de pessoal no SUS; Protocolo 6 – Diretrizes nacionais para instituição de PCCS no SUS; e Protocolo 7 - Implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS. Além desses, informou que está em negociação o Protocolo que estabelece as diretrizes para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador da Saúde. Explicou que hoje há 52 mesas de negociação em estados e municípios, mas há desafios para negociação no SUS, dentre eles: falta de cultura para o diálogo e necessidade da regulamentação da negociação coletiva no setor público que dificulta a ampliação do número de mesas; a Mesa é vista apenas como espaço de negociação sobre as reivindicações dos trabalhadores; necessidade de apoio técnico e incentivos para a criação de novos espaços de negociação; e, em alguns locais, é preciso criar novos formatos: mesas regionais ou fóruns e comissões. Também apresentou um breve panorama da situação da força de trabalho em saúde no Brasil: em 1980, 43.086 servidores municipais; em 2002, 306.042 mil; e, em 2009, 1.203.085 servidores. No caso dos servidores estaduais e federais, os números tiveram leve crescimento. Ressaltou que a alta na contratação nos municípios ocorre por conta da política de descentralização de recursos humanos. Em relação aos postos de trabalho na área de saúde, por setor, destacou que o setor público possui 1.703.050 (2009) e o setor privado 1.375.468, totalizando 3.078.518 profissionais de saúde. Detalhou que as ações da MNNP/SUS em curso para superar os desafios postos são: realização de experiências com assessoria técnica, financeira para construção de novas mesas e implementação dos protocolos da MNNP-SUS; revisão do Regimento Interno, composição e protocolos; realização de estudo jurídico para garantir maior institucionalidade à MNNP/SUS; debate com ACSs e ACEs sobre o piso salarial nacional; início do debate sobre avaliação de desempenho; discussão em Grupo de Trabalho com ABEN, FNE, COFEN, setor privado e MS sobre a redução da jornada de trabalho do setor de enfermagem para 30 horas semanais; articulação das ações com o Ministério do Planejamento para a regulamentação da convenção 151 da OIT; parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego para utilização do sistema mediador para depósito dos acordos e protocolos realizados nas mesas estaduais e municipais; cooperação com a Organização Internacional do Trabalho – implantação da agenda de trabalho decente na saúde; parceria com DIEESE – cursos de negociação, mapa das formas de contratação do trabalho em saúde e assessoria para a instalação de mesas de negociação; parceria com a UFRN – pesquisa para avaliação das mesas de negociação em funcionamento; e parceria com a UFMG/NESCOM para realização de curso sobre saúde do trabalhador da saúde. Falou do Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho em Saúde – PROGESUS, implantado em 2006, que trabalhava com três eixos: qualificação profissional, sistemas de informação e aquisição de equipamentos para estruturação das áreas de gestão do trabalho e educação em saúde. Destacou que 569 entes federados aderiram ao programa - 542 municípios (todas as capitais), estados e Distrito Federal. Explicou que o PROGESUS está em processo de reestruturação (pactuado no GT sobre Gestão e Educação Permanente e na CIT) e trabalha com quatro eixos, quais sejam: Eixo 1 – Valorização de práticas inovadoras de gestão do trabalho em saúde - financiamento para projetos inovadores na área e suporte técnico para a estruturação dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde; Eixo 2- Democratização das relações de trabalho em saúde – oferecer suporte técnico e financeiro para instalação de Mesas de negociação nos municípios, estados e regiões e implantação dos protocolos da MNNP/SUS, em especial de carreira; Eixo 3 - Qualificação dos trabalhadores do setor de gestão do trabalho e da educação na saúde. 2011 – 2012 - Cursos de especialização e aperfeiçoamento em gestão do trabalho e educação na saúde para os trabalhadores com foco no nível médio e continuidade das ações de nível superior; e Eixo 4 – Sistema de informação sobre a força de trabalho no SUS. Desenvolvimento de ferramenta com informações sobre a força de trabalho em nível municipal, estadual e federal – articulação com dados da sala de situação, CNES e Plataforma Arouca para identificação/projeções/dimensionamento da força de trabalho em nível municipal, estadual, regional e nacional. Na linha da democratização das relações de trabalho, disse que foram definidas as seguintes ações voltadas a fomentar a negociação coletiva como metodologia



de gestão: atualização e revisão do curso de negociação do trabalho em saúde com assessoria do DIEESE; assessoria técnica para instalação de mesas de negociação; financiamento para ações de implantação dos protocolos da MNNP/SUS; apoio à elaboração de Plano de Carreiras, Cargos e Salários, dimensionamento da força de trabalho e mapeamento das formas de contratação dos profissionais de saúde; e fomento à organização de espaços regionais de negociação sobre as relações de trabalho. Também informou a criação do Prêmio InovaSUS Gestão do Trabalho em Saúde com a finalidade de promover e divulgar práticas na Gestão do Trabalho na Saúde, que busque excelência e inovação, aprimore a qualidade dos serviços e promova a melhoria das condições de trabalho e do atendimento do SUS. Acrescentou que o público alvo é as Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais de saúde e do Distrito Federal. Explicou que a iniciativa inscrita deverá estar em vigência e ter sido implantada no prazo máximo de cinco anos a contar da data de inscrição (de 20 de setembro a 3 de novembro de 2011). Detalhou que o Prêmio possibilitará conhecer e divulgar iniciativas no SUS sobre: 1. Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS (PCCS); 2. Negociação entre trabalhadores e gestores; 3. Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; 4. Avaliação de Desempenho; 5. Desprecarização da força de trabalho; 6. Sistemas de Informação sobre Gestão do Trabalho na Saúde; 7. Pesquisas/Estudos sobre dimensionamento da força de trabalho no SUS; 8. Políticas de Provimento e/ou fixação de profissionais; e 9. Articulação da gestão do trabalho com a gestão da educação em saúde. Convidou o CNS a fazer parte da Comissão de avaliação das experiências, segundo critérios de caráter inovador, relevância, possibilidade de multiplicação e resultados positivos comprovados quanto à contribuição para resolução da situação problema. Detalhou que a comissão será composta por um representante do DEGERTS/MS, um representante do DEGES/MS, um representante do CONASS, um representante do CONASEMS, um representante da OPAS, dois representantes dos usuários do Conselho Nacional de Saúde e dois representantes dos trabalhadores da MNNP-SUS. Acrescentou que a premiação do Inova SUS vai de R\$150.000,00 a R\$50.000,00 e destina-se exclusivamente à instituição participante para ser utilizado, obrigatoriamente, na área de gestão do trabalho. Finalizando, citou as seguintes perspectivas e oportunidades: realização de estudos e pesquisas na área de gestão do trabalho em saúde: Perfil dos profissionais de Enfermagem, ACS e ACE e dos trabalhadores em urgência emergência, em parceria com CONASS, CONASEMS, FIOCRUZ, Universidades, Conselhos Profissionais e entidades sindicais; regulamentação da Lei nº. 8.080 – Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011: a inserção da gestão do trabalho como elemento do contrato, e formatação de um mapa com informações sobre força de trabalho em saúde e a regionalização como solução para questões de recursos humanos; organização das redes prioritárias de atenção e debate sobre a gestão do trabalho em saúde; e regulamentação da Emenda nº 29 e o incremento do orçamento do SUS. Fechou com a seguinte citação do Conselho Nacional de Saúde “Recursos humanos no setor de saúde foi, é e sempre será um dos principais recursos para viabilização dos serviços. Por mais que se invista em alta tecnologia, nada irá substituir a atuação de um profissional de saúde na função de salvar e melhorar as condições de vida de seres humanos (...) Trabalhadores satisfeitos com o resultado do seu trabalho é um caminho prático para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde (...)”. Antes do próximo expositor, Conselheiro **Clóvis Boufleur** passou a coordenação dos trabalhos ao Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, representante dos trabalhadores da saúde, foi o terceiro a expor sobre o tema. Iniciou destacando que o debate da gestão do trabalho e educação na saúde deve ser amplo, envolvendo o debate da gerência dos serviços e gestão do Sistema e trabalho. Primeiro, fez uma abordagem sobre a formação profissional pós SUS, destacando a década de 90 sob a égide neoliberal, tendo o mercado como regulador. Disse que a consequência desse processo é o ensino mercantilizado, com profusão, massificação e abertura indiscriminada de cursos privados. Além disso, a desconstrução da Universalidade Pública, a inobservância do controle e da fiscalização dos cursos e das universalidades, desconstrução curricular, dessintonia entre a formação e a realidade do país e do SUS, formação elitista e voltada para o setor privado (“os PHDeuses”), consolidação da cultura mercantilista do exercício profissional com culto à múltipla militância e opção pela financeirização da remuneração à garantia de direitos. Sobre a gestão, destacou a privatização do sistema e ação autoritária e patrimonialista, inicialmente nas ações e serviços por meio de contratos e convênios em um processo substitutivo e não de complementaridade. Com isso, a rede privada é tida como principal, particularmente na atenção secundária e terciária e o público como complementar. Destacou que esse processo avançou na força de trabalho por meio das terceirizações, quarteirizações, cooperativas, entre outros. Também salientou que avança na gerência dos serviços por meio das OSs, OSCIPs, “parceiros privados”, fundações, hoje, nas empresas de direito privado. Em relação às Organizações Sociais e congêneres, ressaltou a consolidação da “falaciosa” Parceria Público Privado que se manifesta pela privatização do patrimônio público financiada com recursos públicos, ação patrimonialista praticada ao extremo, burla ao concurso público e aos princípios constitucionais, precarização do trabalho e da sua remuneração, comprometimento do financiamento do Sistema e da qualidade do serviço prestado à população e comprometedor omissão do Ministério da Saúde, do Judiciário e do CNS. Ressaltou que as OSs se multiplicam pelo país e citou que no dia anterior, no Rio de Janeiro, foi votado o PL que cria as Organizações Sociais. Disse que foi um processo difícil, inclusive com violência contra os

trabalhadores e o movimento social. Diante da gravidade, defendeu que o CNS se manifestasse sobre esse processo de massificação das OSs no país. Destacou que as consequências do ideário neoliberal são as seguintes: frágil formação técnica, cultural e profissional; banalização da formação profissional universitária; repercussão negativa direta na remuneração profissional; absoluta precarização do trabalho e da sua remuneração com comprometimento da qualidade do exercício profissional; subemprego e desemprego crescentes; e fuga de profissionais especialistas para o setor privado. Para reverter a situação atual, apresentou as seguintes propostas: reforma curricular; adequação da formação profissional à realidade do país e principalmente ao SUS; processo permanente de avaliação dos cursos; desmercantilização do ensino com fortalecimento e ampliação do ensino público; e ampliação dos programas de residência em saúde. A respeito do serviço civil em saúde, propôs: qualificação profissional para todos os profissionais e pelo período de um ano e prioritariamente no mesmo local de formação; constituição de orientadores/preceptores nos serviços e remuneração compatível; crédito diferenciado para concursos públicos e seleção para residências profissionais; para os graduados que optem pela imediata residência, o cumprimento do serviço civil se dará imediatamente após a conclusão do curso; e, para os profissionais cujo número de graduados excede o número de vagas disponíveis na rede pública do SUS, seleção com provas e análise de currículo. Também defendeu a carreira única do SUS pactuada entre as três esferas de governo, com garantia de autonomia da contratação pelos entes federados, pisos salariais nacionais por nível de escolaridade e formação e remuneração diferenciada pela qualificação profissional, pela dedicação exclusiva, interiorização e tempo de serviço. Por fim, defendeu um processo permanente formação de gestores, autonomia administrativa e financeira dos serviços, profissionalização e democratização da gerência e da gestão e fortalecimento, estruturação e ampliação pactuada da rede pública em todos os níveis de atenção. Na sequência, expôs sobre o tema o conselheiro **Pedro Tourinho**, representante dos usuários. Começou a sua explanação com os pressupostos da educação em saúde: é atribuição Constitucional do Sistema Único de Saúde – art. 200; função estratégica para transição do sistema de saúde para um modelo estruturado a partir da atenção básica; e objetivo da formação em saúde é formar para o SUS. Explicou que o debate da educação em saúde focou-se na formação de nível superior, com predominância do componente biomédico do cuidado em saúde. Além disso, observa-se formação de graduação mercantilizada, com profusão de cursos e orientada para o mercado – perspectiva de carreira no mercado e pós-graduação como forte determinante da escolha de carreira (especialidade médica). Nesse sentido, trouxe o debate sobre a terminalidade dos cursos de saúde e a necessidade de pós-graduação. Disse que, na avaliação da ANPG, a pós-graduação dos cursos de saúde é imprescindível para a prática não supervisionada, assim, seria necessário garantir vaga para todos os egressos de cursos da área da saúde. Ressaltou que, além da insuficiência de vagas de pós-graduação para formandos, a formação multiprofissional é pouco enfatizada. Sobre o trabalho em saúde no SUS, destacou o elevado grau de precarização das relações de trabalho – vínculo, salários, carreiras, a competição com segmentos de mercado e a dificuldade de provimento de profissionais de saúde – regiões e categorias específicas e forte ação das corporações. Finalizando, apresentou uma proposta de agenda para a Educação em Saúde. Na graduação, propôs: aprofundamento das reformas curriculares com aumento do componente psicossocial nos currículos; reorientação da formação: melhor entendimento sobre gênero, diversidade de sujeitos; aprimoramento da formação em saúde do trabalhador; e investimento em processos que trabalhem outros elementos do processo educativo (VER-SUS, ME, entre outros). Acerca da pós-graduação - residências em saúde, defendeu que deve ser regulada pelo interesse e necessidades públicas, considerada pré-requisito para o trabalho em saúde, com predomínio de vagas para as áreas de maior necessidade do SUS (exemplo: aprox. 50% vagas de residência médica para Saúde da Família, mais vagas para residência multiprofissional) e melhor distribuição territorial das vagas (São Paulo, por exemplo, possui 40% das vagas de residência médica do Brasil). Ressaltou ainda que é preciso resgatar os sentidos do trabalho em saúde com despreciação do trabalho no SUS, construção de carreiras do SUS, publicização da gestão dos serviços de saúde e resgate da estratégia de educação permanente. Por fim, destacou a importância da realização do movimento Primavera da Saúde em defesa do financiamento da saúde e aprovação da EC nº. 29 com aumento de recursos para o SUS. **Manifestações.** Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** cumprimentou os expositores e ressaltou a importância da regulamentação da EC nº. 29 para implementar as propostas voltadas à consolidação do SUS. Também destacou a importância de considerar no debate da gestão da saúde e da educação os novos elementos inseridos nesses vinte anos de SUS como equidade e diversidade, de forma a garantir uma saúde de qualidade, sem discriminação e preconceito. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** chamou a atenção para a precarização das condições de trabalho dos profissionais das clínicas de nefrologia e perguntou se está contemplada nas prioridades do PROFAPS a formação de profissionais das equipes de atendimento dos centros nefrológicos conveniados ao SUS. Explicou que grande parte das clínicas realiza treinamento da equipe (auxiliar ou técnico de enfermagem), utilizando pacientes do SUS e ocorre sérios problemas como fístula artério-venosa levando os pacientes, em alguns casos, a óbito. Também disse que há problemas de desnutrição de pacientes porque não existe avaliação específica dos pacientes pelos profissionais da área de nutrição assim como de psicologia, uma vez que em muitos casos estes profissionais só estão

nas clínicas em obrigatoriedade ao cumprimento da RDC nº. 154, de 15/06/2004 (que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise). Ressaltou que o privado também deve passar por um certificado de validação verificando se os cursos que eles oferecem, estão formando profissionais devidamente habilitados para trabalhar nos centros nefrológicos. Também disse que associações de classe já estão oferecendo serviços (na internet) onde empresas e clínicas de diálise podem anunciar cursos e vagas de emprego. Por fim, solicitou que no processo de formação técnica de competência do Ministério da Saúde seja avaliada a terapia renal substitutiva.

Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** avaliou como imprescindíveis os estudos para análise de perfil, a exemplo do que foi feito em relação à enfermagem. Contudo, destacou que esse levantamento pode ser mais produtivo a partir de envolvimento de um conjunto maior de instituições. Nesse sentido, sugeriu que o DCIT/MS faça chamadas e editais para realização de estudos multicêntricos. Também ressaltou que é preciso dar ênfase à interdisciplinaridade na reforma curricular e na organização dos processos de trabalho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou a necessidade de reavaliar o envolvimento do usuário no processo ensino aprendizagem, visto que os usuários sentem-se incomodados com a ideia de estarem sendo “utilizados” para a prática de ensino e, em alguns casos, há situações de negligência. Também ressaltou a importância de pautar debate sobre as metas para funcionários públicos, entendendo que diploma e certificado não devem ser a única forma de ascensão no serviço público, mas sim a qualidade na prestação dos serviços ao usuário. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** ressaltou a importância de pautar esse debate no CNS e colocou que os sistemas universais de saúde enfrentam três grandes desafios – incorporação tecnológica, gestão do conhecimento e trabalhadores – e o modelo de sistema universal com estrutura trina torna a situação ainda mais complexa. Diante da complexidade, disse foi possível avançar e, a partir do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011, será possível trabalhar com mesas regionais. Destacou também os avanços na ampliação do número de universidades nos últimos oito anos e ressaltou que o desafio do país é ampliar ainda mais o acesso, em um processo de inclusão, garantindo a qualificação. Conselheiro **Bruno Metri Fernandes** perguntou como será feita a avaliação para o Prêmio InovaSUS visto que ainda não há critérios para essa avaliação. No seu entendimento, é preciso apresentar propostas de acordo com a realidade atual do país e, no caso da proposta de serviço civil, defendeu que seja vinculada ao processo de qualificação com mestrado profissional institucionalizado ligado ao Ministério da Saúde, para obter êxito. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** ressaltou que é fundamental avançar no debate sobre o plano de carreira, visto que contribui na despreciação das relações de trabalho e incentiva a adesão do trabalhador à política de educação permanente. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** falou da força de trabalho da saúde no país, destacando a concentração nos municípios por conta do processo municipalização - 1 milhão de trabalhadores nos municípios, 300 mil nos estados e 100 em nível federal. Ressaltou que os mais de 2 milhões de trabalhadores da saúde no país (público e privado) possuem diferentes formas de contratos e, para resolver a situação, defendeu a contratação coletiva, com democratização das relações de trabalho. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** comentou aspectos das exposições, destacando, inicialmente, a questão da terceirização com o exemplo de Sergipe onde ocorre a substituição dos serviços prestados sob a gestão do Estado por grupos de profissionais (PJ). Explicou que o Hospital de Urgência de Sergipe atua por áreas e uma delas é administrada por um grupo com quatro profissionais servidores do estado e esse grupo recusa-se a atender as ocorrências fora da sua área de atuação. Destacou que é preciso dar conhecimento à realidade do serviço de saúde de Sergipe visto que a situação é de caos, ao contrário do que é propagado. Denunciou, inclusive, que no dia 21 de agosto onze ambulâncias do SAMU ficaram paradas na frente de hospital por falta de maca. Também reiterou a denúncia de cursos de saúde à distância no país – Anhangüera, no Mato Grosso do Sul; Estácio de Sá, no Rio Grande do Norte; Universidade Veiga de Almeida, no Rio de Janeiro – e destacou a Faculdade AGES, em Paripiranga/BA, que oferece cursos de enfermagem aos finais de semana com estágios realizados no único posto de saúde de uma cidade vizinha. Destacou que as pessoas estão sendo enganadas e a população exposta a riscos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou que, além do perfil das profissões, é preciso verificar as condições técnicas de trabalho dos profissionais. Cumprimentou os expositores e reiterou o convite à representante do DEGERTS/MS, **Denise Motta Dau**, para debate sobre gestão do trabalho no FENTAS. Sobre a gestão da educação, reiterou a sua preocupação com o processo de educação à distância e destacou que os trabalhadores lutam para instrumentalizar acesso universal com qualidade. Perguntou também como as propostas do Ministério da Saúde irão efetivar-se diante da onda de OSCIPs e OSs no país. Também sugeriu uma moção de repúdio ao governo do Rio de Janeiro pelo espancamento de funcionários que lutavam contra a aprovação de projeto das OSs e moção de apoio aos companheiros de João Pessoa/PR que conseguiram suspender a apreciação de proposta de OS. Como encaminhamento, propôs manifestação do CNS nas ruas para combater as formas “camufladas” de privatização e envio de manifestação sobre a ADIn que está em tramitação no STF. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** defendeu que as mesas de negociação, nascidas no movimento social, sejam o tema de debate da ordem do dia do controle social. Também saudou a iniciativa de pesquisa sobre o perfil da enfermagem, contudo, avaliou que se iniciou com viés equivocado. Além disso, registrou a sua preocupação com a especialização de enfermeiros em obstetrícia, uma área médica e

com a Resolução do COFEn 381 que atribui como atribuição privativa do enfermeiro a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou, por entender que em muitos locais do país esse procedimento é realizado por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Conselheiro **João Rodrigues Filho** cumprimentou os expositores, em especial o Conselheiro Pedro Tourinho pela explanação. Também reiterou, em nome da CNTS, a insatisfação com a exclusão da Confederação do Grupo de Trabalho sobre a redução da jornada de trabalho do setor de enfermagem para 30 horas semanais e perguntou a possibilidade de incluir a entidade nesse Grupo. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** destacou que os usuários estão aliados do processo de debate da gestão do trabalho em saúde e não podem nem opinar sobre os profissionais para atender a necessidade do SUS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que os usuários estão aprendendo a debater formação profissional e sofrem com a falta de profissionais e com a forma com que são tratados. Ressaltou que o controle social deve discutir o SUS que se quer e, nesse sentido, perguntou se é possível uma carreira única para o Sistema. Destacou que o movimento social tem papel importante no processo de gestão do trabalho em saúde e não há referência a este segmento. Defendeu ainda profissionais de saúde que atendam e acolham as necessidades dos usuários. Também destacou que é preciso dar atenção aos profissionais sem vínculos como parteiras e, a respeito da interiorização, disse que o Ministério da Saúde deve pensar o conceito de rural e urbano. Por fim, perguntou onde está concentra a oferta de residências médicas. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** defendeu que o movimento social seja protagonista do debate sobre a gestão do trabalho em saúde. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** informou que o curso de graduação em obstetrícia foi criado sem o aval das instituições de ensino, inclusive da enfermagem e não é reconhecido. Lembrou que a obstétrica é uma especialidade da enfermagem e da medicina e solicitou cautela ao tratar dessa questão lembrando que o foco principal deve ser a garantia da segurança das pessoas. Também esclareceu que a Resolução do COFEn nº. 381 proíbe a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou por auxiliares e técnicos de enfermagem, por não se tratar de atribuição desses profissionais. Também registrou a parceria da FNE com a CNTS e ressaltou que Conferência é contemplada nos projetos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu pautar debate na CIRH e no CNS sobre o curso de graduação em obstetrícia oferecido na USP Leste. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** ressaltou que é preciso ampliar o debate sobre o atendimento dos profissionais de enfermagem em obstetrícia. Também ressaltou que a proibição de coleta de material citológico pelo método Papanicolaou por auxiliares e técnicos de enfermagem traz prejuízos a várias regiões do país que não possuem enfermeiro e prejudica a política de prevenção do câncer de colo de útero. **Retorno da mesa.** A representante do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho-DEGERTS/MS, **Denise Motta Dau**, começou explicando que foi realizado seminário com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos para levantar dados sobre a força de trabalho em saúde do país e a orientação foi que as pesquisas fossem realizadas de forma mais ampla, envolvendo as estações dos observatórios de recursos humanos das universidades. Também destacou que a intenção é qualificar os profissionais para exercer as atribuições de acordo com as necessidades sociais do SUS e estas precisam ser debatidas. Explicou que a intenção é ampliar o papel da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde nesse sentido, pensando a formação e valorização de profissionais. A respeito das obstetrias, informou que foi feito debate na CIRH e a Comissão encaminhou para debate na Câmara de Regulação com o COFEn e os egressos do curso visando encontrar saída para situação. Também disse que o Ministério da Saúde solicitou ao COFEn a revisão da Resolução nº. 381 e o tema está em debate na Câmara de Regulação. Sobre o prêmio, disse que a intenção é promover e divulgar práticas na gestão do trabalho em saúde que busquem excelência e inovação, aprimoramento da qualidade dos serviços e melhoria das condições de trabalho e do atendimento do SUS. Ressaltou que é fundamental a articulação entre gestão e educação, visto que não adianta formar profissionais sem ter como absorvê-los e valorizá-los. Também destacou a luta histórica pela regulamentação ao direito à negociação coletiva no setor público e a luta pelo acordo coletivo de trabalho. Destacou que hoje os protocolos da Mesa representam simbolicamente acordos coletivos e a intenção é que sejam adotados para garantir a valorização do trabalho em saúde. Aceitou o convite para ir ao FENTAS debater questões da gestão do trabalho em saúde. Explicou também que, para participação das entidades no GT sobre a redução da jornada de trabalho do setor de enfermagem, deve haver entendimento entre a bancada sindical, visto que várias entidades têm interesse em participar do Grupo. Lembrou que a CNTS e a CNTSS foram convidadas a participar da primeira oficina, momento inicial de debate e sugeriu uma conversa entre a bancada sindical para decidir sobre a ampliação (ou não) de seus representantes no Grupo. Destacou que a intenção é formar pessoal para intervenção efetiva e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população. Por fim, ressaltou que as Mesas Regionais, articuladas ao controle social, é o caminho a seguir. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que teve o privilégio de acompanhar a evolução do SUS internamente, na condição de funcionário do Sistema e o seu processo de construção externo. E, na sua avaliação, é um equívoco tentar tratar os sintomas e não as doenças do Sistema e, nessa linha, salientou, por exemplo, que é impossível um sistema de saúde universal e integral na lógica do mercado como é o caso do Brasil (um sistema que compra mais de 90% dos procedimentos especializados de alto custo). Disse que falta profissionais no SUS, sobretudo especialistas, porque eles vão trabalhar no setor privado

conveniado, que é mais lucrativo. Ressaltou que é essencial estruturar a rede pública de serviços para garantir um sistema público universal e integral. Também ressaltou que não há no mundo nenhum país que tenha viabilizado um sistema público de saúde universal e integral tendo como concorrente um sistema privado fortalecido, como ocorre no país. Frisou que os grandes equívocos no SUS são: erro no diagnóstico, o que pode ser fatal e prioridade aos sintomas sem tratar a doença. Concordou que há um limite na governança federal, mas isso não pode significar desresponsabilização do papel do governo federal de fiscalização, de acompanhamento, de pactuação e ajuda na estruturação do serviço. Salientou que o SUS sobrevive a todas as doenças que o assola porque é fantástico e transformador enquanto concepção, porém, a continuar com medidas paliativas, que não enfrentam as graves questões estruturais, o futuro do Sistema não é tão promissor como se imagina. Conselheiro **Pedro Tourinho** explicou que, no caso das residências, o aditivo de 20% é um avanço na garantia de acesso, apesar de reconhecer que essa estratégia de provimento não é a ideal. Sobre a exclusividade de atos por profissões, disse que a abordagem autoritária traz prejuízos à população, porque, muitas vezes, suspende serviços essenciais. Também esclareceu que a oferta de residências está concentrada no eixo Sul/Sudeste e Pernambuco vem se tornando um pólo importante; contudo, essa desigualdade regional irá demorar a ser resolvida. Por fim, considerando o debate sobre saúde da mulher, propôs convocar uma reunião urgente da CIRH, CISMU, representação das parteiras tradicionais, obstetrizas, coordenação do curso de obstetrícia da USP Leste, para debater as questões levantadas pelos conselheiros. A diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, começou destacando a importância do SUS, apesar dos desafios e lembrou que a revista The Lancet publicou edição especial sobre o SUS. Ressaltou que o desafio da gestão do trabalho e da educação na saúde é muito grande e, por isso, é importante trabalhar a articulação da gestão do trabalho e da educação em saúde. Sobre provimento e fixação, destacou que se trata de uma questão complexa, comum a outros países e para enfrentá-la são necessárias diversas estratégias. Disse que o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica tem trabalhado com múltiplas dimensões e serão consideradas questões como preceptoria, formação articulada com o trabalho, entre outras. Além disso, lembrou que está prevista nos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde uma ampla expansão da residência médica e informou que, em 2011, das mil novas vagas 70% são destinadas às Regiões Norte, Nordeste e Nordeste nas especialidades estratégicas para o SUS. Também destacou a proposta de quitação da dívida do FIES (1% ao mês) relativa ao curso de graduação de médicos fixados na Atenção Básica em municípios desprovidos. Além disso, a extensão do período da quitação da dívida no caso de opção de especialidade estratégica para o SUS. Ressaltou também que a orientação da Secretaria é trabalhar na Rede de Observatórios com a modalidade de editais na perspectiva de estudos multicêntricos. Sobre a interdisciplinaridade, disse que tem sido trabalhada nas ações do Ministério da Saúde e citou, por exemplo, o PET Saúde. A respeito dos cursos à distância, lembrou que a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do MEC busca regular e avaliar os cursos presenciais e à distância. Também disse que no Pró-saúde são formadas comissões gestoras locais de acompanhamento dos projetos, com a representação dos CMSs. Explicou ainda que o incentivo à escolarização do nível técnico é parte da Política de Formação e Educação Profissional em Saúde. Por fim, concordou com a proposta de reunião conjunta, conforme sugerido pelo Conselheiro Tourinho e agradeceu a oportunidade de debater esse tema no CNS. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica é voltado para o conjunto das profissões da saúde e contribuirá para reorientar a formação dos profissionais. Explicou, por exemplo, que o profissional médico que optar pela atenção básica, por um ano, terá a mesma valoração que aquele que optou por elaborar trabalho científico. Reiterou que a intenção é valorizar os profissionais – médicos, odontólogos, enfermeiros, por exemplo - que optam pela atenção básica. Além disso, ressaltou que o profissional que optar pelo Programa pode sair com um título de especialidade em saúde da família. Conclamou a todos a apoiar a proposta, visto que enfrentará embate como toda proposta de mudança. A respeito dos encaminhamentos, informou que a CIRH recebeu a demanda de reunião conjunta e tomará as providências para promovê-la. **Deliberação: convocar reunião urgente da CIRH, CISMU, representação das parteiras tradicionais, obstetrizas, coordenação do curso de obstetrícia da USP Leste e egressos, para debater este curso oferecido na instituição e também os profissionais habilitados para realizar partos e coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou.** Na sequência, conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, fez a leitura da proposta de resolução sobre formação profissional cujo texto é o seguinte: “considerando que o artigo 200 da Constituição Federal determina que cabe ao Sistema Único de Saúde a ordenação da formação de recursos humanos na saúde; considerando a importância de formar profissionais de saúde de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, competentes, humanos, éticos e com responsabilidade social; considerando que a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde é o local privilegiado para a formação dos profissionais de saúde; considerando a necessidade de aprimorar a qualidade da formação dos profissionais de saúde e os sistemas de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de graduação da área da saúde; considerando a necessidade de formar profissionais de saúde em número suficiente para atender às necessidades de saúde da sociedade e corrigir as disparidades regionais;

considerando a necessidade de formar médicos especialistas, através dos programas de residência médica, com qualidade e número suficiente para atender às necessidades de saúde da sociedade em todas as regiões do país; considerando a importância de aumentar e aprimorar os programas de residência multiprofissional e áreas profissionais da saúde. Resolve: 1. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de profissionais que devem ser formados anualmente, em todas as profissões da saúde, para atender às necessidades da sociedade brasileira; 2. Recomendar que o Ministério da Saúde continue sua ação conjunta com o Ministério da Educação no sentido de aprimorar a qualidade dos cursos de graduação das profissões da saúde, aperfeiçoando os processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos; 3. Aprovar a continuidade dos programas do Ministério da Saúde de estímulo às mudanças nos cursos de graduação da área da saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, recomendando que tenham ênfase nas redes prioritárias de atenção à saúde e na formação para o trabalho em equipe multiprofissional; 4. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de médicos especialistas necessários para atender às necessidades de saúde da sociedade brasileira; 5. Aprovar a continuidade e a ampliação do financiamento de programas de residência médica, priorizando as especialidades mais necessárias para a atenção à saúde e corrigindo as disparidades regionais; 6. Recomendar que os programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da saúde sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção prioritárias para o Sistema Único de Saúde e nas áreas estruturantes do SUS, como vigilância em saúde e assistência farmacêutica e com distribuição equilibrada nas diversas regiões do país; 7. Recomendar que o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, desenvolva iniciativas para garantir a qualidade dos programas de residência médica e multiprofissional, com ênfase na elaboração de diretrizes curriculares coerentes com as diretrizes curriculares da graduação, avaliação dos programas e desenvolvimento docente; e 8. Determinar que o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais aperfeiçoe os mecanismos de integração ensino-serviço, para que o Sistema Único de Saúde assuma cada vez mais o seu papel de formar, qualificar e dar educação permanente a todos os trabalhadores e profissionais de saúde, transformando-se progressivamente, em Sistema Único de Saúde Escola.” **Manifestações.** Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu definir um padrão nacional de formação/educação para a rede privada e saúde suplementar, nos moldes do SUS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu o seguinte adendo ao item 8: “para que o SUS assuma cada vez mais o seu papel de ampliar o acolhimento e a qualidade de serviços ao usuário”. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu: nos dois últimos considerandos, retirar o que diz respeito à separação entre profissionais médicos e outros profissionais (“formar profissionais de saúde”); no item 3 do Resolve não citar o Pró-Saúde e o PET-Saúde; no item 4, substituir “médicos” por “profissionais”; no item 5, excluir a palavra “médicos”; e nos itens 6 e 7, manter residência em saúde, com exclusão de “multiprofissional”. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que a proposta de resolução fora apresentada anteriormente e recebera sugestões que foram contempladas na versão lida naquele momento. Explicou que a resolução considera a realidade de hoje e, nesse sentido, defendeu a manutenção do texto nos moldes apresentados, adequando-o ao processo. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** sugeriu manter o texto conforme apresentado e adequá-lo de acordo com os ganhos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu manter o termo “residência médica e multiprofissional” e adotar a expressão “formar profissionais especialistas” ao invés de “médicos especialistas”. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que, para garantir o SUS almejado, é preciso ter coragem para enfrentar questões culturais que emperram o sistema. Nesse sentido, destacou que há consenso sobre a necessidade de esforço para superar culturas que impedem o avanço do sistema e, como exemplo, destacou a separação entre “residência médica” e “residência dos outros profissionais”. Defendeu a adoção do termo “residência em saúde” ao invés de “residência médica”, deixando claro que não causa prejuízos à residência médica. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade** destacou a importância da resolução, visto que nela o MS reconhece a necessidade de regulamentar o art. 200, inciso III, da CF/88 e assume o SUS como escola. Salientou que o Ministério da Saúde precisa planejar quantos profissionais especialistas são necessários para o país e lembrou que há um déficit de especialidades e que falta médicos no Brasil e em vários países. Ressaltou que o Ministério da Saúde precisa fazer o diagnóstico da necessidade de médicos do país e induzir o processo de formação dos profissionais, por isso, é importante dar ênfase à categoria médica. Por fim, ressaltou que o CNS deve esforçar-se para trazer a categoria médica para o CNS e inseri-la nos debates do SUS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sugeriu, no item 3 do resolve, acrescentar o trecho “definido critérios de inclusão para novas graduações da saúde”. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu a formação de um GT para rever o texto da resolução reafirmando o modelo e pautando-se na realidade do país. **Deliberação: o Pleno decidiu formar um GT (Francisco Batista Júnior, Pedro Tourinho, Eliane Aparecida da Cruz, Ana Estela Haddad e Ruth Ribeiro Bittencourt) para rever o texto da resolução sobre formação profissional, considerando as sugestões do Pleno, para apreciá-la na próxima reunião do CNS.** Além disso, solicitou aos propositores das moções que elaborassem os textos para apresentá-los no segundo dia. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou retorno das providências do Ministério da Saúde acerca dos encaminhamentos do GT sobre órteses e próteses. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,



Presidente do CNS, informou que está em elaboração um plano voltado às pessoas com deficiências e as linhas gerais e as propostas serão discutidas com o CONADE. **ITEM 5 – LANÇAMENTO DA REVISTA DO CNS** - *Apresentação:* Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, do Conselho Editorial. *Coordenação:* Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** lançou a Revista do CNS explicando que se trata de um veículo de divulgação de notícias, informes, análises, debates e reflexões sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, sob a responsabilidade das instâncias de participação e controle social do SUS. Acrescentou que se trata de uma iniciativa de provocação e publicação do imprescindível debate sobre os desafios e tarefas para implantação e consolidação do SUS sob a égide pública, exercício e cultivo de competência comunicativa na defesa dos princípios e diretrizes da política pública de Estado, necessária atenção política e mobilização civil pela garantia do direito humano e social à saúde. Ressaltou que é um espaço aberto à pluralidade de opiniões e transparência de posicionamento político advindos da representação de legítimos interesses da sociedade civil. Salientou que a Revista busca agregar valor ao debate público sem abrir mão do posicionamento e defesa firme das deliberações oriundas do Conselho Nacional de Saúde. Com uma linha editorial definida e aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde a revista, com periodicidade bimestral, divulgará entrevistas, artigos, informes, notícias, temas e debates e até mesmo relatos de casos correlatos ao tema conexo da saúde, da participação civil e do controle social. Ressaltou que se trata de um espaço plural e participativo e convocou os conselheiros a fazer sugestões. Por fim, agradeceu a equipe de produção da revista pelo esforço para publicação desse primeiro número. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou que fossem contempladas no item 6 as suas propostas de moção e de organização de uma frente de mobilização contra a ADIn 1.923. A esse respeito, acordou-se que as propostas seriam retomadas no dia seguinte.

**ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - APROVAÇÃO DE PARECER - POLÍTICA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** - *Apresentação:* Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS/MS. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS, apresentou os pareceres elaborados pela CIRH/CNS, para deliberação do Pleno: 1) Referência: Processo nº 200904813. Interessado: Fundação Universidade Federal da Grande Dourados. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: Satisfatório. 2) Referência: Processo nº 200913786. Interessado: Universidade Federal de Sergipe. Curso: Autorização do Curso de Odontologia. Parecer: Satisfatório. 3) Referência: Processo nº 201105404. Interessado: Centro Universitário Lusíada – UNILUS. Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. 4) Referência: Processo nº 201100454. Interessado: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: Satisfatório. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os quatro pareceres elaborados pela CIRH – dois de renovação e dois de autorização de cursos.** A apresentação da Política de Residência Multiprofissional em Saúde foi adiada para outra oportunidade. Devido ao avançado da hora, o Item 8 da pauta – Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento - prestação de contas do MS - 1º e 2º trimestre/2011 - foi adiado para a próxima reunião do CNS. Com essa definição, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha, Arilson da Silva Cardoso, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omere, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos Filho, João Donizetti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lérida Maria S. Vieira, Luiz Alberto Catanoe, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria do Socorro de Souza, Marisa Furia Silva, Nelson A. Mussolini, Olympio Távora D. Correa, Paulo Guilherme Romano, Reginaldo Neves Gomes, Remígio Todeschini, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Volmir Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza.** *Suplentes:* **Ana Estela Haddad, Arnaldo Marcolino, Bruno Metre Fernandes, Conceição Accetturi, Eliane Aparecida da Cruz, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Eurídice Ferreira de Almeida, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Ivone Evangelista Cabral, José Naum de Mesquita Chagas, José Wilton da Silva, Júlia Maria Roland, Júlio Cezar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Lucimar Batista da Costa, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Nadir Francisco do Amaral, Nelci Dias da Silva, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira, Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da Silva, Wilson Valério da Rosa Lopes.** Iniciando o segundo dia de reunião, a Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, cumprimentou os presentes e solicitou a participação de representantes da comissão organizadora da 14ª CNS na audiência com deputado Darcísio Perondi para tratar sobre a 14ª CNS. Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues dispôs-se a participar da audiência. **ITEM 9 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS - APROVAÇÃO DO REGULAMENTO DA 14ª CNS. APROVAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CONVIDADOS DA 14ª CNS. ALTERAÇÃO DA PORTARIA CNS Nº 935 DE 27 DE ABRIL DE 2011 - REGIMENTO INTERNO DA**

**14ª CNS. APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DAS DELIBERAÇÕES DAS 12ª E 13ª CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE** - *Apresentação:* Comissão Organizadora da 14ª CNS. *Coordenação:* Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Jurema Werneck** começou com os seguintes informes sobre a 14ª CNS: audiência com o deputado Darcísio Perondi para divulgar a 14ª CNS; novo layout do site da 14ª CNS; e 2ª videoconferência realizada sobre o balanço das conferências municipais (todos os Estados participaram online e a avaliação é que as conferências municipais ocorreram dentro da normalidade; mais de quatro mil municípios já haviam realizado as suas conferências). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou a sua participação na Conferência do Distrito Federal e destacou a sua preocupação com o relato de delegados que se sentiram pressionados na plenária final para votação de propostas. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, avaliou que o debate da Conferência do Distrito Federal foi acalorado e o processo fechou com sucesso cumprindo as orientações – votação do relatório e eleição dos delegados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** relatou que, junto com outros conselheiros, participou da Conferência Estadual de São Paulo e destacou as dificuldades enfrentadas para a realização dessa etapa, dentre elas a ausência da gestão (o movimento social fez a Conferência acontecer). Em que pese as dificuldades, disse que os debates foram importantes, mas houve problemas com o processo de votação eletrônica. Registrou a presença na Conferência do Ministro da Saúde, da conselheira Eliane Cruz, da conselheira Marisa Furia, da conselheira Fernanda Magno, do conselheiro Arnaldo Marcolino e do conselheiro Pedro Tourinho. Conselheiro **Pedro Tourinho** destacou como ponto importante da Conferência Estadual de São Paulo a construção da carta de Serra Negra, um texto político que expressa o espírito da conferência. Diante das dificuldades e da tentativa de desconstrução, afirmou que a realização da Conferência representa uma vitória para o movimento social e popular, para a gestão comprometida com o SUS e para os profissionais defensores do Sistema. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** acrescentou que antes da Conferência Estadual de SP foi realizada plenária e foi construída carta que serviu de subsídio para debate na Conferência. Reiterou ainda a atuação do movimento social que articulou e conseguiu garantir a realização da Conferência. Conselheira **Jurema Werneck**, em nome do CNS, parabenizou o movimento social de São Paulo pelo sucesso da Conferência. Conselheiro **Wilson Valério Lopes** relatou que a Conferência do Rio Grande do Sul ocorreu de 1º a 4 de setembro, com a participação e contribuição da gestão e presença do Ministro da Saúde na abertura. Registrou que 370 dos 496 municípios do Rio Grande do Sul participaram da Conferência Estadual e o saldo foi positivo. Conselheiro **José Wilton da Silva** informou que 112 municípios de Alagoas realizaram conferências municipais, resultado da mobilização do CES/AL e da Plenária. Disse que os pontos mais discutidos foi a terceirização, acesso à saúde, dependência financeira dos conselhos. Por fim, disse que a Conferência Estadual de Alagoas será realizada nos dias 26, 27 e 28 de setembro de 2011. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** manifestou preocupação com a ausência da mídia local nas conferências estaduais e sugeriu que a equipe de comunicação do CNS faça um planejamento de mídia para divulgar as próximas Conferências Estaduais e fazer repercutir na sociedade. Após essas considerações, Conselheira **Jurema Werneck** procedeu à apresentação da proposta de regulamento da 14ª CNS, apreciada e consensuada na Comissão Organizadora da 14ª CNS. A metodologia de apreciação foi leitura e destaques ao texto. A proposta de Regulamento é a seguinte: “CAPÍTULO I – FINALIDADE - Artigo 1º - Este Regulamento define as regras de funcionamento e programação da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde – 14ª CNS, convocada pelo Decreto Presidencial de 3 de março de 2011, com Regimento aprovado na 218ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 17 de fevereiro de 2011. CAPÍTULO II – ORGANIZAÇÃO - Artigo 2º - Nos termos do seu Regimento, a Etapa Nacional da 14ª CNS terá a seguinte organização: I - Mesas Redondas; II - Plenárias: Plenária de Abertura; Plenária Final; III - Grupos de Trabalho. CAPÍTULO III – TEMÁRIO. Artigo 3º - Nos termos do seu Regimento, a 14ª CNS tem como tema central: “TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO”, por meio do eixo: “Acesso e Acolhimento com Qualidade - Um desafio para o SUS”, e os seguintes itens: a) política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; b) participação da comunidade e controle social; e c) gestão do SUS, com ênfase no financiamento; pacto pela saúde, relação do público com o privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde. § 1º - O tema e o eixo da 14ª CNS, bem como outros diálogos temáticos a serem definidos pela Comissão Organizadora, serão discutidos em Mesas Redondas, com coordenação, secretaria e a participação de expositores, indicados pela Comissão Organizadora e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando o debate com os delegados e convidados. DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS. Artigo 4º - Nos termos do seu Regimento, serão consideradas instâncias deliberativas no âmbito da 14ª Conferência Nacional de Saúde: I. Plenária de Abertura; II. Grupos de Trabalho; e III. Plenária Final. § 1º - Nos termos do Regimento Interno da 14ª CNS, participarão das instâncias deliberativas os delegados com direito a voz e voto e os convidados com direito a voz. § 2º - A 14ª CNS contará com um Ato Público a ser realizado no dia 30/12/11, das 14h às 17h e um Ato Político de abertura da Conferência, a ser realizado no dia 1º de dezembro de 2011, das 9h às 11h. § 3º A Plenária de Abertura terá como objetivo deliberar sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde e

1424 contará com uma Mesa Coordenadora dos Trabalhos, paritária, com coordenação e secretaria, cujos  
1425 membros serão indicados pela Comissão Organizadora e aprovados pelo Conselho Nacional de  
1426 Saúde. § 4º Nos termos do seu Regimento, os Grupos de Trabalho (GT), compostos paritariamente,  
1427 serão realizados simultaneamente, em um número total de 17 (dezessete), e deliberarão sobre o  
1428 Relatório Consolidado da Etapa Nacional, a partir dos relatórios das Etapas Estaduais e do Distrito  
1429 Federal, da seguinte forma: I. o Relatório Consolidado da Etapa Nacional será lido e votado; II. as  
1430 Diretrizes e Propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional não destacadas nos  
1431 Grupos de Trabalho serão consideradas aprovadas e farão parte do Relatório Final da 14ª  
1432 Conferência Nacional de Saúde; III. as Diretrizes e Propostas que obtiverem 70% (setenta por cento)  
1433 ou mais dos votos, em cada Grupo de Trabalho, e forem aprovadas em pelo menos 09 (nove) Grupos  
1434 de Trabalho, farão parte do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde; IV. para apreciação  
1435 na Plenária Final, as Diretrizes e Propostas constantes do Relatório Consolidado da Etapa Nacional,  
1436 destacadas nos Grupos de Trabalho, deverão ter a aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por  
1437 cento) dos votos mais um, em pelo menos 09 (nove) Grupos de Trabalho para compor o Relatório  
1438 Final; V. na Etapa Nacional, não serão acatadas Diretrizes e Propostas novas; e VI. os Grupos de  
1439 Trabalho terão mesas paritárias, com coordenação e secretaria, todos indicados pela Comissão  
1440 Organizadora. § 5º A Plenária Final terá como objetivo aprovar o Relatório Consolidado com as  
1441 Diretrizes e Propostas nacionais para formulação de políticas para o SUS, após a votação realizada  
1442 nos Grupos de Trabalho conforme estabelecido neste regulamento, e aprovar as Moções de âmbito  
1443 nacional. § 6º Será informado aos delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde quais Diretrizes e  
1444 Propostas foram aprovadas nos grupos e quais deverão ser votadas na Plenária Final. § 7º O  
1445 Relatório com Diretrizes e Propostas de âmbito nacional, nos termos da Lei nº. 8142/90, aprovado na  
1446 Plenária Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, será encaminhado ao Conselho Nacional de  
1447 Saúde e ao Ministério da Saúde. § 8º A Plenária Final contará com uma mesa composta de modo  
1448 paritário, com definição de coordenação e secretaria, todos membros indicados pela Comissão  
1449 Organizadora e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. SEÇÃO I. MESAS REDONDAS. Artigo  
1450 5º - A discussão do Tema e Eixo Temático da 14ª CNS, bem como outros diálogos temáticos a serem  
1451 definidos pela Comissão Organizadora, serão feitas mediante apresentações e debates na forma de  
1452 Mesas Redondas com até 4 (quatro) expositores e 1 (um) coordenador e 1 (um) secretário. § 1º Os  
1453 coordenadores e secretários de cada Mesa Redonda serão indicados pela Comissão Organizadora. §  
1454 2º Os expositores serão escolhidos entre usuários, gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e  
1455 pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde. § 3º Cada expositor disporá de até 20  
1456 (vinte) minutos para a sua apresentação com prorrogação de até mais 5 (cinco) minutos para  
1457 conclusão. § 4º A Mesa Redonda que apresentará o Tema e o Eixo da Conferência a ser realizada no  
1458 dia 1/12/2011, das 15h às 16h, ocorrerá na forma de Conferência, não havendo debate. Artigo 6º -  
1459 Após as exposições, o coordenador da Mesa Redonda iniciará as inscrições dos (as) delegados (as) e  
1460 convidados (as) presentes na Plenária para o debate que será feito no tempo previsto na programação  
1461 devendo o número de inscritos ser de acordo com este tempo. § 1º Os(as) delegados(as) e  
1462 convidados(as), após identificarem-se, poderão se manifestar em relação ao tema, por escrito ou  
1463 verbalmente, durante o período de debate, garantindo-se a ampla oportunidade de participação no  
1464 tempo estipulado para o debate. § 2º O tempo máximo para cada manifestação será de até 2 (dois)  
1465 minutos improrrogáveis. § 3º Serão recolhidos os crachás de delegados(as) e convidados(as) em  
1466 número compatível com o tempo disponível para o debate, tendo prioridade para manifestação os  
1467 inscritos pela primeira vez. § 4º Os(as) delegados(as) e convidados(as) inscritos, que necessitarem,  
1468 poderão utilizar intérpretes e linguagem de sinais para sua manifestação nas Mesas Redondas e  
1469 Plenárias da 14ª CNS. Artigo 7º - As exposições e os debates serão gravados. SEÇÃO II - GRUPOS  
1470 DE TRABALHO. Artigo 8º - Os Grupos de Trabalho são instâncias de debate e votação das Diretrizes  
1471 e Propostas, de âmbito nacional, consolidadas a partir dos Relatórios das Etapas Estaduais e do  
1472 Distrito Federal da 14ª CNS e terão a seguinte organização: I. Os(as) delegados(as) e convidados(as)  
1473 conforme distribuição prévia, realizada pela Comissão Organizadora, comporão 17 (dezessete)  
1474 Grupos de Trabalho, obedecendo à paridade entre usuários e demais segmentos, conforme a  
1475 Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde; II. O quorum mínimo para votação dos  
1476 Grupos de Trabalho será de maioria simples (cinquenta por cento mais um) do total de delegados que  
1477 compõe o respectivo Grupo de Trabalho em sua instalação; III. Cada GT terá suas atividades dirigidas  
1478 por uma Mesa Coordenadora dos Trabalhos, que será composta por usuários, trabalhadores, gestores  
1479 e prestadores indicados pela Comissão Organizadora; IV. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos terá a  
1480 função de organizar as discussões do Grupo de Trabalho, avaliar o processo de verificação de  
1481 quorum, controlar o tempo e organizar a participação dos(as) delegados(as) e convidados(as); V. A  
1482 Relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até 4 (quatro) relatores indicados pela  
1483 Comissão de Relatoria. Artigo 9º - Os Grupos de Trabalho terão como subsídio para a discussão os  
1484 debates ocorridos durante as Mesas Redondas. Artigo 10 - A Mesa Coordenadora dos Trabalhos fará  
1485 a leitura do Relatório Consolidado da Etapa Nacional da 14ª CNS. Artigo 11 - A cada Diretriz ou  
1486 Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos consultará o Plenário sobre destaques. § 1º - Os  
1487 destaques serão de supressão total do texto. § 2º - Os destaques deverão ser apresentados à Mesa  
1488 Coordenadora dos Trabalhos durante a leitura das Diretrizes e Propostas do Grupo de Trabalho. § 3º -

Sempre que 2 (dois) ou mais delegados destacarem a mesma Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos, após as apresentações dos argumentos dos delegados para seus respectivos destaques, solicitará que se articulem para viabilizar redações de consenso. Caso isso não seja possível, então serão apresentadas ao GT as duas ou mais Diretrizes ou Propostas, derivadas da original, que consta do Relatório Consolidado das Etapas Estaduais e do Distrito Federal, cujas redações explicitarão claramente o(s) núcleos(s) de divergência entre elas. A proposta original será mantida no processo de votação. Artigo 12 – As Diretrizes e Propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas. Artigo 13 - Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira: § 1º Ao término da leitura, serão apreciados os destaques e o(a) autor(a) do destaque terá 2(dois) minutos para defender sua proposta de supressão. § 2º Será permitida uma segunda defesa, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação. § 3º Caso o autor do destaque não estiver presente no momento da apreciação do seu destaque, o destaque não será considerado. Artigo 14 – A votação se dará da seguinte forma: I. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos comunica o número de delegados que compõe os percentuais mínimos para as votações, segundo a lista de delegados do Grupo de Trabalho, conforme inciso II do art. 8º deste regulamento; II. Haverá a projeção no telão das Diretrizes e Propostas destacadas de supressão; III. Não serão discutidos novos destaques para os itens aprovados; IV. A votação será realizada na seguinte ordem: a Diretriz ou Proposta do Relatório Consolidado será a proposta número 1 e o destaque de supressão será a proposta número 2; V. Quando a diretriz ou proposta obtiver 70% (setenta por cento) ou mais dos votos dos(as) delegados(as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 09 (nove) Grupos de Trabalho, será considerada aprovada pela Conferência, será levada para conhecimento da Plenária Final e fará parte do Relatório Final da 14ª CNS; VI. As Diretrizes e Propostas que obtiverem 50% mais um e menos de 70% dos votos dos(as) delegados(as) presentes em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 09 (nove) Grupos de Trabalho serão levadas para apreciação e votação da Plenária Final; VII. As Diretrizes e Propostas que obtiverem 50% mais um dos votos serão encaminhadas a Comissão Geral de Relatoria, sendo registrado em cada uma das propostas o percentual de votos obtidos no Grupo de Trabalho. Artigo 15 - A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar questão de ordem aos (às) delegados (as) e aos (às) convidados (as), quando dispositivos deste Regulamento não estiverem sendo observados. Parágrafo Único: Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação. Artigo 16 - As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação, e que não estejam previstas neste Regulamento. SEÇÃO IV - PLENÁRIA FINAL. Artigo 17 - Participação na Plenária Final: a) delegados com direito a voz e voto; b) convidados com direito a voz. Parágrafo Único - A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para delegados (as) e convidados (as). Artigo 18 - As sessões da Plenária Final da 14ª CNS serão coordenadas por Mesas Coordenadoras dos Trabalhos indicadas pela Comissão Organizadora e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, integradas por representantes dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, de acordo com a Resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Parágrafo Único - As sessões da Plenária Final serão registradas por membros da Comissão de Relatoria. Artigo 19 - As votações das Diretrizes e Propostas que comporão o Relatório Final da 14ª CNS serão encaminhadas da seguinte maneira: a. Distribuição prévia das Diretrizes e Propostas do Relatório Consolidado, com as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho. b. As diretrizes e propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais, em pelo menos 09 (nove) Grupos de Trabalho serão identificadas pelos seus respectivos números no Relatório Consolidado, para conhecimento da Plenária Final. c. Na sequência, a Mesa de Coordenação dos Trabalhos fará a leitura e votação das propostas do Relatório Consolidado que obtiveram 50% (cinquenta por cento) mais um e menos de 70% dos votos dos(as) delegados(as) em cada Grupo de Trabalho e em pelo menos 09 (nove) Grupos de Trabalho. d. Se a maioria da Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação será permitida uma defesa, “a favor” e uma “contra”. e. Serão consideradas aprovadas as Diretrizes e Propostas e os destaques de supressão que, na votação, obtiverem maioria simples (maioria na ocasião da votação) respeitando quorum mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos(as) delegados(as) credenciados(as) na etapa nacional. Artigo 20 - A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Final assegurará o direito de questão de ordem e propostas de encaminhamento, conforme este Regulamento. Artigo 21 - A 14ª CNS será considerada habilitada a aprovar Diretrizes, Propostas e Moções, com quorum mínimo de 50% + 1 (cinquenta por cento mais um) dos(as) delegados(as) credenciados(as), presentes em Plenário. SEÇÃO V – MOÇÕES. Artigo 22 - As Moções encaminhadas, exclusivamente, por delegados(as), deverão ser, necessariamente, de âmbito ou repercussão nacional ou internacional, e devem ser apresentadas junto à secretaria do evento em formulário próprio elaborado pela Comissão de Relatoria da 14ª CNS, até as 14 horas, do dia 3 de dezembro de 2011. § 1º - Cada Moção deverá ser assinada por, no mínimo, 10% (dez por cento) dos(as) delegados(as) credenciados(as). § 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento obrigatório, para identificar: a) o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro); b) o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como o segmento que representa; c) o(s)

destinatário(s) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida; d) o fato ou condição que motiva ou gera a moção; e) a ação ou providência que se pede e que, portanto, justifica a moção. § 3º A Coordenação da Relatoria organizará as Moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput deste artigo e agrupando-as por tema. § 4º. - Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da 14ª CNS, o coordenador da mesa procederá à leitura das Moções e as submeterá à aprovação da Plenária, observado o Art. 21 deste Regulamento. § 5º - A aprovação das Moções será por maioria simples (maioria na ocasião da votação) dos (as) delegados (as) presentes, considerando-se o quorum previsto no art. 21 deste Regulamento. Artigo 23 - Concluída a votação das Moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da 14ª CNS. CAPÍTULO IV - CREDENCIAMENTO. Artigo 24 - O credenciamento dos (as) delegados (as) titulares deverá ser realizado no dia 30 de novembro de 2011, das 9 horas às 18 horas e no dia 1º de dezembro de 2011, das 9 horas às 14 horas. Artigo 25 - A substituição dos (as) delegados (as) titulares e o respectivo credenciamento dos(as) delegados(as) suplentes que não foram substituídos(as) até dia 1º de dezembro de 2011 até às 14 horas, será feita no dia 1º de dezembro de 2011, das 14 horas às 18 horas. § 1º - Fica sob a responsabilidade de cada Estado e do DF, que recebeu a ficha de inscrição dos(as) delegados(as), acompanhar a substituição dos(as) delegados(as) titulares pelos suplentes de seu respectivo Estado ou do DF. § 2º - Fica sob responsabilidade das entidades nacionais acompanhar a substituição de delegados(as) titulares por suplentes em seu âmbito de representação. Artigo 26 - O credenciamento dos (as) convidados (as) será realizado no dia 30 de novembro de 2011, das 12 horas às 18 horas, e no dia 1º de dezembro de 2011, das 8 horas às 18 horas. CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS E COMUNS. Artigo 27 - Serão conferidos certificados de participação na 14ª CNS aos(as) delegados(as), integrantes da Comissão Organizadora e Comitê Executivo, convidados(as), expositores(as) e relatores(as), especificando a condição da participação na Conferência. Artigo 28 - Os casos omissos serão resolvidos nas Plenárias da 14ª Conferência Nacional de Saúde, ou pela Comissão Organizadora, *ad referendum*, quando a Plenária não estiver reunida." Concluída a leitura, foi aberta a palavra para apresentação dos destaques. § 1º - *O tema e o eixo da 14ª CNS, bem como, outros diálogos temáticos a serem definidos pela Comissão Organizadora, serão discutidos em Mesas Redondas, com coordenação, secretaria e a participação de expositores, indicados pela Comissão Organizadora e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando o debate com os delegados e convidados.* Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu esclarecer no início do Regulamento como se dará a organização da Conferência, explicando o que se entende por diálogos temáticos, além de mesas redondas e grupos de trabalho, a fim de evitar dúvidas. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que o § 1º do art. 3º explica o que se entende por diálogos temáticos. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** perguntou se serão realizadas mesas redondas. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a 14ª CNS contará com mesas redondas, diálogos temáticos e Grupos de Trabalho. **Deliberação: aprovada a proposta de explicitar no início do texto do Regulamento que os debates da Conferência ocorrerão por meio de conferência, mesas redondas, diálogos temáticos, plenárias e grupos de trabalhos.** Art. 5º, § 4º: *A Mesa Redonda que apresentará o Tema e o Eixo da Conferência a ser realizada no dia 1/12/2011, das 15h às 16h, ocorrerá na forma de Conferência, não havendo debate.* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que fez destaques dos itens que tinha dúvidas e, nesse caso, perguntou sobre o número de salas da Conferência. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, considerando o espaço disponível, houve redução do número de salas – de 20 para 17 salas com 220 pessoas cada. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que é preciso retificar os números de acordo com o novo número de 17 salas. A Secretária Executiva do CNS explicou que será feita retificação de “50% mais um” para “nove grupos”. **Deliberação: explicitar o quorum para aprovação de propostas e diretrizes de acordo com o novo número de salas (redução de 20 para 17, com 220 pessoas cada).** Artigo 5º - *A discussão do Tema e Eixo Temático da 14ª CNS, bem como, outros diálogos temáticos a serem definidos pela Comissão Organizadora, serão feitas mediante apresentações e debates na forma de Mesas Redondas com até 4 (quatro) expositores e 1 (um) coordenador e 1 (um) secretário.* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ponderou que o Regulamento definisse até três expositores. **O Pleno decidiu que manter até quatro expositores.** § 4º do art. 5º - *A Mesa Redonda que apresentará o Tema e o Eixo da Conferência a ser realizada no dia 1/12/2011, das 15h às 16h, ocorrerá na forma de Conferência, não havendo debate.* Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou contradição entre o § 4º do art. 5º e o art. 6º, pois o primeiro explicita que não haverá debate e o segundo detalha como será o debate. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou a ponderação do conselheiro Clóvis e apresentou as seguintes sugestões: nova redação para o § 4º do art. 5º: “O tema e o eixo serão apresentados na forma de conferência no dia 1º de dezembro de 2011, das 15h às 16h” (explicitar em separado as informações das mesas de debate); e adendo ao art. 6º: Após as exposições “das Mesas Redondas”. **Após novas manifestações, o Plenário aprovou: nova redação para o § 4º do art. 5º: “A Mesa Redonda que apresentará o Tema e o Eixo da Conferência, a ser realizada no dia 1/12/2011, das 15h às 16h, ocorrerá na forma de Conferência”; nova redação para o art. 6º com adendo: “Artigo 6º - Após as exposições das Mesas Redondas, o coordenador da Mesa Redonda iniciará as inscrições dos (as) delegados (as) e convidados (as) presentes na Plenária para o debate que será feito no**

tempo previsto na programação devendo o número de inscritos ser de acordo com este tempo”; e explicar no art. 2º do Regulamento os momentos da 14ª CNS: Conferência, mesas redondas, diálogos temáticos, plenárias e grupos de trabalhos. Art. 6º, § 2º: O tempo máximo para cada manifestação será de até 2 (dois) minutos improrrogáveis. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** defendeu que o tempo máximo para cada intervenção fosse de três minutos. Após manifestações, o Pleno decidiu que o tempo máximo para cada intervenção será de até três minutos: “§ 2º - O tempo máximo para cada manifestação será de até três (três) minutos improrrogáveis, com prioridade para os inscritos pela primeira vez”. Art. 11, § 3º - Sempre que 2 (dois) ou mais delegados destacarem a mesma Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos, após as apresentações dos argumentos dos delegados para seus respectivos destaques, solicitará que se articulem para viabilizar redações de consenso. Caso isso não seja possível, então serão apresentadas ao GT as duas ou mais Diretrizes ou Propostas, derivadas da original, que consta do Relatório Consolidado das Etapas Estaduais e do Distrito Federal, cujas redações explicitarão claramente o(s) núcleos(s) de divergência entre elas. A proposta original será mantida no processo de votação. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu a exclusão do § 3º, porque pode gerar dúvidas. **Deliberação: aprovada a supressão do § 3º do art. 11.** Art. 12, § 1º: Os destaques serão de supressão total do texto. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu o seguinte adendo ao § 1º do art. 12: “em conformidade com o art. 4º, § 4º, V”. **Deliberação: aprovado adendo ao § 1º do Art. 12 e a redação passa a ser a seguinte: “§ 1º - Os destaques serão de supressão total do texto, em conformidade com o art. 4º, § 4º, V”. Artigo 12: As Diretrizes e Propostas que não receberem destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** destacou este artigo para salientar que é preciso cuidado no caso de supressão de diretrizes, visto que cada uma desta contempla uma série de propostas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu incluir adendo, esclarecendo que a supressão de diretriz não implica na exclusão das propostas apensadas a ela. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** levantou a possibilidade de excluir esse artigo. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, defendeu a manutenção do artigo 12 nos termos propostos. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** explicou que, ao excluir uma diretriz, todas as propostas contempladas nela são excluídas. **A seguir, houve outras manifestações que evoluíram para a seguinte proposta: incluir Parágrafo Único no art. 12 com a seguinte redação: “No caso de supressão da diretriz, todas as propostas desta serão suprimidas.”** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** disse que a relatoria deverá ser orientada sobre as diretrizes e propostas a serem contempladas no relatório. Conselheiro **Clóvis Boufleur** esclareceu que o relatório consolidado não modificará o mérito das propostas oriundas dos Estados. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que na próxima reunião do CNS é possível trazer a relatoria da 14ª CNS para esclarecer essa questão. De todo modo, frisou que a intenção é garantir as propostas oriundas dos Estados. Art. 6º, § 4º: Os(as) delegados(as) e convidados(as) inscritos, que necessitarem, poderão utilizar intérpretes e linguagem de sinais para sua manifestação nas Mesas Redondas e Plenárias da 14ª CNS. Conselheiro **Volmir Raimondi** sugeriu nova redação garantindo uma forma de acessibilidade na manifestação das pessoas com deficiência”. **Deliberação: rever a redação do § 4º, art.6º na lógica de garantir uma forma de acessibilidade para manifestação das pessoas com deficiência. Artigo 16: As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação, e que não estejam previstas neste Regulamento.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu a exclusão do artigo 16, por considerá-lo desnecessário. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu manter o artigo com exclusão do trecho “e que não estejam previstas neste Regulamento”. **Deliberação: o Plenário decidiu manter o art. 16 com exclusão do trecho “e que não estejam previstas neste Regulamento.”** Artigo 18: As sessões da Plenária Final da 14ª CNS serão coordenadas por Mesas Coordenadoras dos Trabalhos indicadas pela Comissão Organizadora e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, integradas por representantes dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, de acordo com a Resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu excluir o termo “as sessões”, utilizando apenas “Plenária Final”. **Deliberação: aprovada a supressão do termo “As sessões” do art. 18. Artigo 22, alínea “b”: o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como o segmento que representa.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** discordou da alínea “b”, por entender que a proposta de proponente principal inibe a apresentação de moções. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a proposta apresentada pela relatoria da 14ª CNS é um formulário para apresentar a moção, visando ter uma referência no caso de ser necessário buscar o autor para esclarecer dúvidas. Acrescentou que no Relatório Final da 14ª CNS não aparecerá o nome do proponente principal da moção. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, sugeriu manter este item, assegurando o sigilo do proponente e garantindo que seja de uso exclusiva da relatoria. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** reiterou que discorda radicalmente da proposta, visto que é preciso garantir o sigilo do proponente das moções e sugeriu que o formulário identifique o Estado do proponente e não o seu nome. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** propôs que a relatoria da 14ª CNS dê as orientações gerais sobre a elaboração das moções e identifique o proponente. Conselheiro **Clóvis Boufleur** salientou que a moção precisa ser identificada, inclusive para evitar o encaminhamento por



outros participantes que não delegados. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que é preciso resguardar o sigilo dos proponentes da moção. Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a seguinte proposta: o mecanismo de registro das moções deve proteger o sigilo dos proponentes; e, ao entregar o texto da moção, a secretaria da 14ª CNS verificará se a moção cumpriu os critérios para apresentação e fará o registro do proponente da moção. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu substituir a redação da alínea "b" pelo seguinte texto: "no ato da entrega da moção, o proponente será identificado pela relatoria". Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** perguntou se o delegado, em nome da entidade, pode apresentar moção e foi esclarecida que sim. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** concordou que é preciso definir um protocolo para apresentação de moção, com identificação, por meio de código, do "delegado responsável" no lugar de "proponente principal". Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que não seja obrigatório o preenchimento do campo "proponente" do formulário de apresentação da moção. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** defendeu a inclusão de alínea assegurando a garantia do sigilo do proponente que assim o desejar. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** explicou que a intenção, ao identificar o proponente da moção, é ter uma referência para consulta no caso de dúvidas acerca da moção. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu que haja um código no lugar de contato telefônico do proponente. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** manifestou preocupação com a proposta de garantir o sigilo do proponente da moção, visto que não cabe imputar à organização da Conferência a responsabilidade pelo sigilo absoluto do proponente. Na tentativa de vencer este item, a Secretária Executiva do CNS apresentou a seguinte sugestão: "§ 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento, para identificar: a) o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro) – *campo obrigatório*; b) o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como o segmento que representa - *campo opcional – quem desejar, pode deixar contato*; c) o(s) destinatário(s) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida - *campo obrigatório*; d) o fato ou condição que motiva ou gera a moção - *campo obrigatório*; e e) a ação ou providência que se pede e que, portanto, justifica a moção - *campo obrigatório*". **Deliberação: aprovada a proposta de redação para "§ 2º do art. 22: "§ 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento, para identificar: a) o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro) – campo obrigatório; b) o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como o segmento que representa - campo opcional – quem desejar, pode deixar contato; c) o(s) destinatário(s) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida - campo obrigatório; d) o fato ou condição que motiva ou gera a moção - campo obrigatório; e) a ação ou providência que se pede e que, portanto, justifica a moção - campo obrigatório".** Conselheira **Rosângela da Silva Santos** sugeriu nova redação para a alínea "d", com a junção das alíneas "d" e "e", sendo: "o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a ação ou providência referente ao pleito". **Deliberação: aprovada nova redação para a alínea "d" do § 2º do art. 22: "o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a ação ou providência referente ao pleito".** **Artigo 26: O credenciamento dos (as) convidados (as) será realizado no dia 30 de novembro de 2011, de 12 horas às 18 horas, e no dia 1º de dezembro de 2011, de 8 horas às 18 horas.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu a inclusão de um artigo informando a possibilidade de credenciamento de visitantes, no dia 30 de novembro. **A proposta não foi acatada, vez que o Regimento não prevê a figura de visitante.** Concluída a apreciação dos destaques, Conselheira **Jurema Werneck** colocou em votação a proposta de Regulamento da 14ª CNS. **Deliberação: aprovado o Regulamento da 14ª CNS com as sugestões dos conselheiros.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou quais seriam as alterações no Regimento Interno de acordo com o Regulamento da 14ª CNS, que fora aprovado. A Secretária Executiva do CNS, **Rosângela Fernandes Camapum**, explicou que as mudanças no Regimento Interno serão as seguintes: redução do número de Grupos de Trabalho – de 20 para 17; e quorum para aprovação de propostas - aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um, em pelo menos nove Grupos de Trabalho para compor o Relatório Final. Conselheiro **Pedro Tourinho** aproveitou para registrar, com pesar, a aprovação do Projeto de Lei que autoriza a criação de OSs no município de João Pessoa. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu retomar o debate desse ponto em outra oportunidade. Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a proposta de convidados nacionais e internacionais para a 14ª Conferência Nacional de Saúde - Regimento Interno da 14ª CNS: "Art. 30 - Serão convidados para a 14ª Conferência Nacional de Saúde: I. Representantes de órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais; II. Personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância na área de saúde e setores afins; III. Movimentos Sociais. § 1º Os convidados para a Conferência Nacional terão percentual de até 15% (quinze por cento) do total de delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde. § 2º O Conselho Nacional de Saúde definirá os convidados da 14ª Conferência Nacional de Saúde. § 3º As inscrições dos convidados deverão ser enviadas ao Comitê Executivo até 8 de novembro de 2011. 1 – Total de convidados: 498. Vagas de convidados nacionais: I. Duas (2) vagas para cada entidade nacional de usuários, trabalhadores e prestadores com representação no Conselho Nacional de Saúde (170 vagas – Tabela Anexa 1). II. 60 vagas para o Ministério da Saúde e Governo Federal. III. 27 vagas para CONASS. IV. 26 vagas para CONASEMS. V. 108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde, sendo 4 vagas para cada estado, com indicação de entidades, instituições e movimentos sociais de caráter estadual. VI. 18 vagas para

Conselhos Nacionais de Políticas Públicas. 1. Conselho das Cidades. 2. Conselho Nacional de Assistência Social. 3. Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. 4. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. 5. Conselho Nacional de Educação. 6. Conselho Nacional de Previdência Social. 7. Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. 8. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 9. Conselho Nacional de Meio Ambiente. 10. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. 11. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. 12. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. 13. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. 14. Comissão Nacional de Política Indigenista. 15. Conselho Nacional de Justiça. 16. Conselho Nacional de Juventude. 17. Conselho Nacional de Defesa Civil. 18. Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável. VII. 60 vagas para representantes de entidades, instituições e movimentos sociais. VIII – 25 vagas para os Poderes Legislativo, Judiciário, Executivo Federal e Ministério Público: a) 12 vagas para MPF e MPE; b) 13 vagas para os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário Federal. 2 - Convidados Internacionais: a) Representantes de órgãos, entidades e instituições internacionais; b) Personalidades internacionais, com atuação de relevância na área da saúde e setores afins.” A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que são quatro vagas para convidados internacionais e, considerando a impossibilidade de contemplar todos os conselhos, a Comissão Organizadora da 14ª CNS sugeriu aqueles com maior proximidade com a saúde. No caso de sugestão de novos convidados, disse que será necessário remanejar as vagas atuais, visto que não é possível ampliar as vagas. **Manifestações.** Conselheira **Rosângela da Silva Santos** retificou que a expressão é “Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência” e não mais “Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência”. Conselheira **Júlia Maria Roland** recuperou que a Comissão Organizadora da 14ª CNS apontou a importância da participação dos Conselhos Nacionais de Comunicação, de Esportes e de Cultura. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu contemplar esses conselhos nas vagas de convidados internacionais. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que esses conselhos fiquem como suplentes e sejam contemplados com eventuais vagas remanescentes (conselhos que não indicarem representante). Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu a ampliação de vagas, caso seja necessário, para contemplar os pleitos e também propôs que a comissão organizadora avalie os pedidos das entidades para participar da conferência. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a Comissão Organizadora da 14ª CNS avaliou as demandas para participar da Conferência e respondeu às pessoas físicas que não é possível participar, com orientação para acompanhar em tempo real e orientou às entidades nacionais que apresentaram demandas a procurar os fóruns para participar da eleição de delegados. Também manifestou preocupação com a ampliação das vagas para os convidados, lembrando que o local não comporta mais participantes. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** defendeu que a Comissão Organizadora da 14ª CNS avalie as demandas para participar da Conferência na lógica de serem contempladas em eventuais vagas remanescentes. Também lembrou que o movimento social possui forma distinta de organização e muitas representações não possui caráter de entidade nacional. Nessa linha, salientou que é preciso definir critério político de participação do movimento social. Conselheira **Jurema Werneck** lembrou que o Regimento Interno da 14ª CNS prevê a participação de movimentos sociais. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues**, primeiro, ressaltou que é preciso socializar as demandas de participação na etapa nacional da 14ª CNS. Segundo, sugeriu a definição de um critério geral de participação a ser seguido pela Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou o item 1 para retificar que não se trata de “Vagas de convidados nacionais” e sim “Vagas de convidados para etapa nacional”. **A retificação foi acatada.** Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** sugeriu remeter à Comissão Organizadora da 14ª CNS a avaliação das demandas e possibilidade de redistribuição das vagas. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** sugeriu incluir no item “V. 108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde” o seguinte adendo “garantido o critério da paridade (Resolução nº. 333)”. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que, ao discutir a importância de redefinir o modelo das conferências, acordou-se que seriam destinadas vagas para convidados, visando trazer representantes dos estados para a etapa nacional. Concluídas as intervenções, Conselheira **Jurema Werneck** listou os encaminhamentos: 1) no item “V. 108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde (...)”, incluir o adendo “garantido o critério da paridade (Resolução nº. 333)”; 2) aprovar a proposta de convidados nacionais e internacionais para a 14ª Conferência Nacional de Saúde e delegar à Comissão Organizadora da 14ª CNS a avaliação das demandas e a possibilidade de redistribuição das vagas, em especial no que se refere aos movimentos sociais. **Deliberação: aprovado a proposta de convidados nacionais e internacionais para a 14ª CNS com o adendo ao item V “108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde (...)”, de forma a garantir o critério da paridade (Resolução nº. 333) na indicação dos nomes.** A Comissão Organizadora da 14ª CNS avaliará as demandas de participação na etapa nacional da 14ª CNS e a possibilidade de redistribuição das vagas em especial no que se refere aos movimentos sociais. Seguindo, a Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, diante do avanço da hora, não seria possível apresentar a Análise das Deliberações das 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde. Assim, o CD com a pesquisa seria distribuído aos conselheiros e a apresentação feita em outra oportunidade. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a

importância de avaliar a pesquisa e registrou a sua indignação com o fato de o Grito da Terra não aparecer como sujeito na pesquisa. Solicitou que a pesquisa seja pauta da próxima reunião do CNS, dada a necessidade de melhorar esse instrumento. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** discordou da análise das deliberações das 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde, visto que não reflete os debates sobre saúde da mulher realizados nesses fóruns e ressaltou que é necessário debater o estudo antes da 14ª CNS. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que a pesquisa refere-se às deliberações da 12ª e 13ª Conferências, mas entendeu que é necessário visibilizar aspectos políticos. Destacou que a pesquisa foi concluída, mas esse tema será retomado para verificar o que pode ser melhorado para as próximas pesquisas, inclusive a metodologia. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que, além da população do campo e floresta, outras questões não foram contempladas na análise. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que a pesquisa encerrou-se e o resultado foi encaminhado aos CESSs, CMSs, SESSs, SMSs, Ministérios e órgãos públicos. Afirmou, inclusive, que os pesquisadores elaboraram o produto solicitado – análise das deliberações da 12ª e da 13ª Conferências, avaliando se foram visibilizadas total, parcial ou não viabilizada. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que a metodologia da pesquisa não expressa a concepção construída e, além disso, não avançou na avaliação acerca da implantação das deliberações. Desse modo, por se tratar de uma análise das deliberações, salientou que é inadmissível não explicitar os sujeitos e dimensões do controle social. Conselheira **Jurema Werneck** encaminhou no sentido de retomar esse tema no CNS e dar os encaminhamentos às questões colocadas. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Reiniciando, procedeu-se ao item 10 da pauta. **ITEM 10 – AVALIAÇÃO DA TRIAGEM NEONATAL E EFETIVIDADE DA ATENÇÃO À DOENÇA FALCIFORME** - *Apresentação:* **Joice Aragão de Jesus**, coordenadora do Programa Nacional de Doença Falciforme/MS; Conselheiro **Arnaldo Marcolino Silva Filho**, Coordenador-adjunto da Comissão Intersectorial de Saúde da População Negra – CISPEN; **Altair Lira**, da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL. *Coordenação:* Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a coordenadora do Programa Nacional de Doença Falciforme/MS, **Joice Aragão de Jesus**, que falou da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Explicou que o Programa está contemplado na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados – CGSH/DAE/SAS e a equipe é composta por Silma Maria Melo, Carmen Solange Franco e Margaret Alves. Registrou que a atenção integral às pessoas com doença falciforme é um compromisso com o direito à saúde de todos e todas e que a doença falciforme é uma das questões inerentes à saúde da população negra. Citou a fala de Maria Inês Barbosa que explicita os princípios norteadores do Programa: “Uma política de saúde voltada para a população negra, se assenta no perfil epidemiológico que é marcado por singularidades, quer do ponto de vista genético, como das condições de vida que geram diferenças no processo de adoecimento, cura e morte. A consolidação do SUS só será efetivamente realidade quando esta política for acessível a todos os brasileiros e brasileiras, considerando as singularidades deste povo”. Sobre a doença falciforme, explicou que se trata de uma doença genética e hereditária decorrente da alteração (mutação) sofrida pelo código genético (GENE) responsável pelas hemácias, fazendo com que os glóbulos vermelhos percam sustentabilidade e vivam menos e com facilidade percam a forma redonda e assumam a forma de foice. Detalhou que a pessoa que receber no espermatozoide do pai e no óvulo da mãe o gene alterado terá o par do seu código genético para hemácias alterado e terá a doença. Se receber apenas um gene do pai ou da mãe alterado terá apenas o traço falciforme e, portanto, não terá a doença. Acrescentou que, se duas pessoas com traço falciforme, portanto sem doença, procriarem terão a chance de ter filhos com traço ou com doença ou sem nenhum gene alterado. Disse que a origem da mutação foi no continente africano, portanto, a população do Brasil, constituída de povos oriundos da África, tem uma forte presença da doença. Ressaltou que há um embaixador do Brasil em Benim e uma equipe multiprofissional com a qual fora realizado encontro que resultou em mais uma cooperação internacional do Brasil com a África voltada à triagem de doença falciforme. Citou alguns dados da Doença Falciforme na África, com destaque para: Nigéria - 5.362.500, sendo 86.000 crianças com doença falciforme; Congo - 2.715.000; e Angola - 722.80. Ressaltou que são 500.000/ano nascimentos de crianças com doença falciforme e o percentual de letalidade é alto, sendo: taxa de letalidade de 80% de crianças até 5 anos de idade, sem cuidados de saúde; com cuidados de saúde a taxa é de 1,8% (a vida média é de 45 anos); e gestantes durante o parto sem cuidados de saúde a taxa é de 50% e a taxa daquelas com cuidado é de 2%. Explicou que é consenso mundial a importância do diagnóstico precoce, visto que não há atenção de qualidade em doença falciforme se não houver diagnóstico precoce (todos os especialistas do mundo). Diante disso, disse que, em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Triagem Neonatal composto de três fases: Fase I - Hipotireoidismo e fenilcetonúria; Fase II Hemoglobinopatias (incluía a doença falciforme); e Fase III Fibrose Cística. Explicou que esse processo é feito por adesão do Estado e o Ministério da Saúde financia o Programa. Sobre a incidência da Doença Falciforme nas Unidades Federadas, disse que nascem no Brasil cerca de 3.000 crianças/ano com a doença falciforme ou 1/1.000 nascidos/vivos, sendo: BA - 1:650; MA - 1:1400; PE - 1:1400; GO - 1:1800; MG - 1:1400; ES - 1:1800; MS - 1:4000; SP - 1:4000; RJ - 1: 1300; PR e SC - 1:13000; e RS - 1:10000.

Também destacou que nascem no Brasil cerca de 180.000 crianças/ano com traço falciforme, sendo: BA - 1:17; RJ - 1:20; MA - 1:23; PE - 1:23; GO - 1:28; MG - 1:30; SP - 1:35; PR e SC - 1:65; e RS - 1:65. Explicou que a situação atual da triagem neonatal em doença falciforme é a seguinte: todos os estados encontram-se na Fase I - Hipotireoidismo e fenilcetonúria; no Sul – todos os estados realizam até a fase III; no Sudeste - todos os estados realizam até a fase III; no Nordeste, faltam PI, RN, SE, PB; no Norte, faltam AM, AP, RR, TO; e no Centro oeste, falta DF (o DF realiza levantamento, mas sem interlocução com o Ministério da Saúde). Ainda sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal, explicou que não foi pactuado, o MS credencia os serviços indicados pelo estado, a responsabilidade pelo acompanhamento dos triados é dos serviços e a adesão inicial foi de doze estados para a fase II e quinze para fase I ou nenhuma fase. Disse que o diagnóstico da situação atual é a seguinte: ausência de dados oficiais da triagem; ausência de compromisso com o seguimento dos triados; ausência de uma equipe para monitoramento do Programa; e coberturas baixas do programa. Ressaltou que é preciso trabalhar a pactuação de uma política para triagem neonatal com compromisso dos gestores/pactuação, definição da rede para atenção aos triados, reformulação dos instrumentos de coleta dos dados e divulgação oficial destes e criação de um grupo técnico para implantação e monitoração do programa. Explicou que o objetivo da Política é promover uma mudança na história natural da doença falciforme no Brasil, reduzindo as taxas de letalidade e morbimortalidade, promovendo longevidade com qualidade de vida às pessoas com essa doença, orientando aquelas com traço falciforme e informando a população em geral. Salientou ainda que a pactuação e monitoramento de rede de triagem neonatal tem que incluir o diagnóstico precoce e a atenção integral às pessoas diagnosticadas com as doenças e, na doença falciforme, a orientação e informação genética aos triados com traço falciforme. Por fim, informou a realização do VI Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme, de 18 a 20 de outubro de 2011, em Fortaleza/CE, com o objeto de aprofundar e dar base aos conhecimentos da doença falciforme. O segundo expositor foi o conselheiro **Arnaldo Marcolino Silva Filho**, coordenador-adjunto da CISP/CNS. Iniciou destacando que é preciso considerar que o direito humano à saúde é “O estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Constituição da Organização Mundial de Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946). Também disse que é preciso levar em conta nesse debate o conceito de saúde como política social, ou seja, ação coletiva de proteger os indivíduos contra riscos inerentes à vida humana e /ou atender necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionados às múltiplas situações de dependência. A respeito da doença falciforme, destacou os seguintes marcos: 1910 – J. B. Herricks (EUA): descoberta da anemia falciforme; 1947 – Jessé Accioly (Brasil): anemia falciforme no Brasil; 1º cota no Brasil: reserva de mercado; 2º cota no Brasil: cota do boi (anos 60 – somente os fazendeiros poderiam fazer faculdade de agronomia); 3º cota no Brasil: cota das mulheres; anos 80: tratamento ainda desigual; Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA: primeira política de Estado para crianças; e Estatuto do Idoso; PNSIPN (2007/2009). Destacou que as ações dependem de decisão política; análise e eleição de prioridades; busca de informações de várias fontes e programação de ações integradas. Mostrou uma teia que ilustra as questões interligadas à saúde, com destaque para: Estratégia Saúde da Família; transporte; cultura; moradia; assistência social; proteção à mulher; comunicação; meio ambiente; saúde da população negra, saúde mental, saúde do trabalhador – são transversais e intersetoriais; lazer e cultura; e Política de Saúde da População Negra (luta pela igualdade de ação). Finalizando, manifestou o seu orgulho por aqueles da população que conseguiram cursar faculdade, porque viveu em uma época em que não podia andar na praça da sua cidade. Por fim, agradeceu e manifestou a sua honra em representar o movimento negro. Em seguida, expôs o coordenador geral FENAFAL, **Altair Lira**, conselheiro do CNPIR e membro GA Hemoglobinopatias MS, Comitê Técnico SPN/MS, que abordou a efetividade da atenção às pessoas com doença falciforme no Brasil, uma visão do controle social. Inicialmente, agradeceu a oportunidade e registrou a importância do controle social. Começou com a citação do médico pesquisador Paulo Naoum, no livro “A doença das células falciformes”: “Foi justamente o negro africano, que ao padecer de uma enfermidade crônica e dolorosa, como a doença falciforme, contribuiu com sua dor, com seu sangue e com sua morte precoce para o conhecimento científico mais importante sobre a bioquímica, físico-química, genética e biologia molecular das proteínas. Apesar de todo o progresso conseguido até o presente, os negros de todo o mundo, em especial, os negros brasileiros, não puderam se beneficiar das conquistas científicas e tecnológicas obtidas com seu próprio sangue... Nossas políticas sociais, pública e privada, não conseguiram resgatá-los das condições sub-humanas para conduzi-los à cidadania plena.” Ressaltou que, em 1910, Herricks (EUA) faz o primeiro relato científico amplo da doença e a partir daí todas as pesquisas genéticas basearam-se na doença falciforme, considerando que os negros serviriam de objeto de pesquisa. Disse que durante um século desenvolve-se muito na área da ciência sobre a doença falciforme, mas a política pública (assistência) iniciou apenas em 2005. Fez um histórico, destacando os seguintes pontos: criação das primeiras Associações - AAFESP, DREMINAS...; 1995: Marcha Zumbi dos Palmares: contra o racismo, pela cidadania e pela vida; 1996: GTI – PAF; PNTN: Ampliação Fase II, primeiros números Oficiais e de âmbito nacional; Fundação da FENAFAL; I, II e III ENAFAL, Aconselhamento Genético, Visita CEHMOB/Fórum Mineiro; Portaria nº 1391, 16/08/05: Política Nacional de Atenção Integral às Pessoa com Doença Falciforme.

1944 Explicou que no início dos trabalhos da FENAFAL falava-se da doença falciforme a partir da ideia de  
1945 combate, mas a pergunta era “como combater uma doença genética?” Assim, a Federação passou a  
1946 lutar para colocar a pessoa com doença falciforme no foco - promoção da saúde: cuidar do outro. No  
1947 que se refere à promoção de saúde, destacou a definição KRIGER (2005) de redução de riscos  
1948 sociais e biológicos e redução de danos que já acometeram grupos específicos da população. Disse  
1949 que também é preciso pensar em determinantes das condições de saúde, considerando que  
1950 determinantes sociais são elementos de ordem econômica, social, ambiental, ideológica e cultural que  
1951 influenciam a qualidade e os estilos de vida e afetam a situação de saúde das populações. Ressaltou  
1952 que, nesse contexto, é preciso considerar que a doença falciforme é genética (pensar na ideia de  
1953 transmissão de genes) e hereditária (o cuidado da pessoa com a doença se estende à família) e levar  
1954 em conta as questões do racismo institucional. Ressaltou que a anemia falciforme é uma doença  
1955 mundial e no continente africano a mortalidade é de 80% até os dois anos e a média de vida de oito  
1956 anos. Ressaltou que há casos de doença falciforme nas nove macrorregiões de saúde da Bahia, por  
1957 isso, é necessário pensar em rede de saúde estruturada para o Estado. Também relatou o caso da  
1958 morte pequena Sofia, de nove meses, que tinha doença falciforme e a mãe não tinha conhecimento.  
1959 Explicou que o resultado do teste do pezinho chegou tardiamente às mãos dos médicos e a menina  
1960 morreu de anemia falciforme. Explicou que a amostra foi coletada no posto de saúde de Jardim  
1961 América em dezembro, e analisada pela Apae que afirmou ter enviado o resultado para o posto, por  
1962 fax, ainda em janeiro, quando confirmou a doença. Contudo, a Secretaria Municipal de Saúde alega  
1963 que o aparelho de fax do posto estava quebrado desde dezembro. Explicou que a doença falciforme  
1964 ataca todas as partes do corpo, portanto, é necessária equipe multidisciplinar para atendimento e uma  
1965 rede intersetorial para debater a anemia falciforme. Disse que a FENAFAL possui quarenta  
1966 associações, em vinte estados do país, nas cinco regiões e conta com a participação de pessoas com  
1967 a doença e familiares. Mostrou materiais sobre a doença falciforme que contribuem para o processo  
1968 de formação e capacitação. Também falou do projeto realizado pela prefeitura de Salvador, em  
1969 convênio com laboratório privado, em um programa de prevenção à falcemia. Explicou que a  
1970 Federação entrou com ação no Ministério Público e conseguiu retirar o Programa do site. Dentre as  
1971 várias passagens, disse que uma era de uma mulher em um barraco, com bebê no colo, com o  
1972 seguinte dizer: pobreza + falcemia = flagelo social - “...é fruto de um antigo e fascinante projeto de  
1973 ciência aplicada, capaz de beneficiar – em nosso meio, a baixo custo – uma nova geração de  
1974 pessoas; que nascerão saudáveis no lugar dos que seriam concebidos com genes de hemoglobinas  
1975 mutantes em homozigose...”. Ressaltou que o maior culpado por esse tipo de iniciativa é o Estado  
1976 Brasileiro que permite ações como essas ao não fazer as políticas públicas de atendimento. Salientou  
1977 ainda que a ausência de políticas públicas pode continuar a determinar o extermínio da população  
1978 negra no país. Também destacou a fala da médica Lauren Smith e colaboradores no Jornal Pediatrics:  
1979 “apesar de a anemia falciforme ser quase três vezes mais prevalente do que a fibrose cística nos  
1980 EUA, o gasto com os pacientes com fibrose cística (incluindo-se aqui verbas públicas e privadas para  
1981 pesquisa e tratamento) são quase nove vezes maiores do que para os pacientes com anemia  
1982 falciforme...Não há dúvida que a raça faz diferença nos Estados Unidos... a questão da raça tem sido  
1983 intrinsecamente ligada com a anemia falciforme desde sua descrição. Apesar de ser pouco confortável  
1984 contemplar isto, precisamos considerar a possibilidade de que, consciente ou inconscientemente, a  
1985 *prevalência da doença falciforme na população negra (inclusão nossa)* afete os recursos disponíveis  
1986 não apenas para a pesquisa mas também para o cuidado médico destes pacientes”. Por fim, salientou  
1987 que o recurso disponível para atender as pessoas com doença falciforme é escasso e precisa ser  
1988 melhor alocado. **Manifestações.** Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou a sua satisfação  
1989 com esse debate no CNS e destacou que as pessoas com doenças falciforme trazem a marca da  
1990 iniquidade em termos de políticas públicas e convenções vigentes. Ressaltou o quão distante a  
1991 racionalidade de organização dos sistemas de saúde está da questão substancial da “teia da vida”.  
1992 Salientou que as redes preconizadas dependem e são mediadas pela lógica da disponibilidade de  
1993 recursos orçamentários que, por sua vez, são dependentes de sistemas e políticas econômicas  
1994 concentradoras de renda e geradoras de exclusão. Além disso, destacou que se insiste em lidar com  
1995 essa racionalidade para tentar justificar o injustificável. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**  
1996 elogiou os expositores pelas explanações que abordaram uma doença física e social e o racismo... A  
1997 propósito, informou que a Rede Feminista fará uma homenagem à mulher negra, com debate sobre  
1998 anemia falciforme. Salientou que é preciso discutir a questão da anemia falciforme que não se  
1999 restringe à população negra e se trata de uma política da vida. Por fim, agradeceu os expositores com  
2000 uma salva de palmas. Conselheira **Lucimar Batista da Costa** registrou que esse é um momento  
2001 histórico para a população negra que luta por políticas públicas eficazes. Informou que o CES do Piauí  
2002 criou Comissão de Saúde da População Negra com o objetivo de sensibilizar a gestão sobre a  
2003 necessidade de um plano da saúde da população negra no Estado. Destacou que na oficina realizada  
2004 no Piauí, em 30 de agosto, foram aprovadas propostas a serem contempladas no PPA, dentre elas, a  
2005 criação de um comitê técnico no Piauí para tratar da saúde da população negra. Ressaltou que,  
2006 apesar de não aparecer nos dados do MS, há muitos casos de anemia falciforme no Piauí e pessoas  
2007 estão morrendo precocemente. Por fim, salientou que, para diagnóstico precoce e atenção de  
2008 qualidade, é essencial profissionais qualificados e capacitados. Conselheira **Verônica Lourenço da**

**Silva** cumprimentou os expositores e registrou o seu sentimento dual: felicidade por essa pauta no CNS e tristeza pelas questões colocadas, entendendo que era preciso estar mais à frente, porque pessoas estão morrendo. Salientou que esse debate vai além da doença falciforme e de outras doenças que afetam a população negra, pois se refere ao racismo e “racismo faz mal à saúde”. Ressaltou que é preciso resolver a questão do racismo para resolver as questões de saúde e, nesse sentido, propôs que o CNS aprove manifestação ao Estado Brasileiro pare que cesse com a hipocrisia da democracia racial. Lembrou que o Brasil é signatário de documentos comprometendo-se a resolver o racismo, mas ainda é negligente com a maioria da população do país (população negra). Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu a presença dos convidados e a abordagem do tema da forma como fora feita. Conclamou o governo brasileiro a reiterar, na Assembleia Geral da ONU, dia 22 de setembro, o seu compromisso com a eliminação do racismo, assegurando o direito à saúde das populações vítimas de racismo, dentre elas, população negra e população indígena. Por fim, perguntou o que deve ser feito para que a situação explicitada pelos expositores não se repita. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral**, em nome da FENAFAL, agradeceu a Dra. Joice Aragão de Jesus e sua equipe pelo trabalho à frente do Programa Nacional de Doença Falciforme/MS, que está tirando a doença da obscuridade. Também saudou o coordenador da FENAFAL pelo trabalho à frente da Federação. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** manifestou entusiasmo e satisfação com as explicações e lembrou que no debate do PPA propôs um olhar diferenciado para as pessoas com anemia falciforme e extensão dos exames aos recém-nascidos. Ressaltou que é preciso levar essa discussão para Sergipe e apelou aos sergipanos que escutem Maria do Céu, uma lutadora pelas pessoas com anemia falciforme. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** cumprimentou os componentes da mesa pelo excelente trabalho e pela luta em prol da população negra. Salientou que a população negra deve ser respeitada pelo que são e registrou o seu carinho e sua admiração. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** cumprimentou os expositores e ressaltou que discussões como essas são vitais para avançar no SUS. Informou que no Rio Grande do Sul já foram instaladas as fases II e III do Programa e a análise do teste do pezinho é feita em um hospital público de Porto Alegre que também é responsável pelo acompanhamento das famílias, no caso de identificação do traço falciforme ou da doença e a consequente orientação para os municípios. Ressaltou que, para resolver essa questão, é preciso orientação técnica dos profissionais de saúde para diagnóstico e tratamento e abordagem do racismo na lógica da educação permanente do SUS. Também informou que o movimento negro e COSEMS do Rio Grande do Sul chegaram a consenso sobre a necessidade do exame eletroforese e hemoglobina no pré-natal e perguntou se está contemplada na Rede Cegonha. Informou ainda que o município de São Lourenço do Sul/ RS, desde 2005, realiza trabalho de orientação de profissionais da atenção básica para detecção e orientação da anemia falciforme. Por fim, ressaltou que é preciso levar essa discussão para o CONASEMS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** perguntou qual a contribuição dos movimentos sociais na formação dos profissionais para anemia falciforme e quais as ações do MS e SEs para obter uma base de dados oficiais sobre anemia falciforme. Conselheira **Júlia Maria Roland** cumprimentou os expositores pelas informações esclarecedoras e pela emoção ao colocá-las. Ressaltou que o país tem uma dívida histórica e a luta do movimento negro tem conseguido tornar a realidade mais conhecida pela sociedade e contemplar as suas reivindicações nas políticas públicas. Salientou que há muitas situações de desigualdades e iniquidades e a população negra são as que mais sofrem com essas situações. Pontuou também como avanços reivindicações do movimento negro contempladas no PPA e no PNS, além do debate desses dois instrumentos no CNS. Ressaltou que é preciso levar o debate sobre a saúde da população negra para os estados e, nessa linha, informou que o DAGEP realizará seminários para, dentre outras questões, debater as políticas de promoção da equipe, com foco na população negra, campo e floresta e LGBT. Por fim, salientou que, para vencer essa situação, gestores, trabalhadores e movimento social devem unir-se. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** registrou a sua solidariedade com a luta da população negra e reiterou que a categoria dos assistentes sociais luta contra o preconceito e, inclusive, fez parte da campanha contra o racismo. Concordou que a educação permanente é importante, mas defendeu que os conselhos profissionais aprove resolucões contra qualquer tipo de preconceitos e discriminações, inclusive racismo. Por fim, registrou a publicação da Resolução do CFESS nº. 615, que permite a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional. O secretário de assuntos jurídicos da FENAM, **Antônio José dos Santos**, agradeceu a oportunidade da palavra e ressaltou que a anemia falciforme não é uma doença de negros, mas sim do brasileiro, lembrando que a incidência em brancos é muito alta. Nesse sentido, ressaltou que a triagem neonatal deve ser estendida a todos os nascituros. Por outro lado, perguntou se há estudo sobre falso negativo na triagem. **Retorno da mesa.** A coordenadora do Programa Nacional de Doença Falciforme/MS, **Joice Aragão de Jesus**, respondeu às manifestações, explicando que o exame para diagnóstico da doença falciforme é 99% seguro. Explicou que a doença falciforme está sendo trabalhada no Ministério da Saúde desde 2005, mas a questão do racismo institucional impediu a elaboração de programas definindo a Política. Ressaltou que, nesse momento, o Programa debate e trabalha a triagem e a proposta dos gestores é de acoplar a triagem à política de atenção e cuidado ao diagnosticado. Avaliou que o controle social deve conscientizar-se que há ações importantes no



âmbito do Ministério da Saúde. Lembrou que não há legislação sobre anemia falciforme, mas o controle social conseguiu conquistar políticas e ações. Explicou ainda que o Programa não conhece apenas a situação de Santa Catarina e Roraima. Ressaltou que o controle social deve defender a pactuação da triagem com a linha de cuidado de todas as doenças e dar continuidade ao debate e luta inclusive contra o racismo. O coordenador da FENAFAL, **Altair Lira**, ressaltou que o combate ao racismo e o cuidado à doença falciforme estão ligados e destacou a experiência de Recife que iniciou programação de atenção às pessoas com doença falciforme trabalhando a dimensão racial. Também explicou que a doença falciforme é prevalente na população negra e, por atingir grupo específico, há falta de cuidado. Reconheceu a importância das ações do DAGEP/MS para fora, mas avaliou que é preciso debater no âmbito do Departamento, inclusive com outras áreas do Ministério da Saúde, a dimensão do racismo institucional. Sobre a capacitação dos profissionais de saúde, ressaltou que é preciso considerar a prática do movimento social e não apenas os títulos nesse processo de capacitação. Por fim, agradeceu a oportunidade e o retorno do CNS, lembrando as pessoas que morreram durante essa luta. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou que esse tema está situado no contexto da 14ª CNS no eixo do acesso com qualidade. Também lembrou que a população negra está situada no contexto do campo, da floresta e da população de rua. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes** registrou que estudo da UFRJ demonstra que negros e pardos tem mais dificuldades de garantir acesso no SUS e, nas ações judiciais por crime racial, costumam perder mais. Conselheiro **Arnaldo Marcolino Silva Filho**, Coordenador-adjunto da CISPEN; fez a leitura da resolução sobre doença falciforme, focando-se no resolve: Ao Ministério da Saúde: 1) Organizar o fluxo dos pacientes hematológicos nos diferentes níveis de atenção, à luz de critérios pactuados entre gestores dos três níveis de governo por intermédio das Redes de Centrais de Regulação; 2) Implantar ações voltadas à diminuição das desigualdades do acesso e garantir diagnóstico e tratamento uniformes, por meio da construção e adoção de protocolos de regulação e de assistência hematológica; 3) Promover a integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme com o PNTN, visando a implementação da fase II do PNTN em todos os Estados; 4) O segmento de pessoas diagnosticadas com Hemoglobinopatias pelo PNTN – SUS (Hemorrede Pública) e as pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias necessitam de atendimento especializado e acesso a exames e procedimentos que precisam não só estar preconizados, mas disponíveis na rede SUS e também o acesso aos medicamentos e procedimentos já estabelecidos em protocolos e aprovados pelo Grupo de Assessoramento de Hemoglobinopatias da Coordenação de Sangue e Hemoderivados; 5) Estabelecer como grande foco da ação a Integralidade da atenção - atendimento por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre Saúde da Família, da Mulher, Bucal, Imunizações e etc; 6) Garantir a promoção e incentivo à pesquisa, à produção de material didático para capacitação de trabalhadores do SUS e para informação da população. O Ministério da Saúde tem o papel de: assessorar a organização da rede de assistências às pessoas com doença falciforme, apoiar e organizar as capacitações em todos os níveis, celebrar contratação de recursos para realização das ações programadas, elaborar protocolos e material didático, produzir portarias, incluir os avanços para tratamento na tabela SUS, promover acesso ao conhecimento por meio de simpósios, de cooperações e outros meios, promover a transversalidade com a Atenção Primária dentro do Ministério da Saúde, fazer o levantamento dos números da triagem neonatal em todo o país, bem como, a sua cobertura em cada etapa. 1) Que todos os estados estejam credenciados para as três fases urgentemente. A Política Nacional de triagem neonatal foi estabelecida em 2001, mas, depois dez anos, estados não passaram para a fase II e não há nenhum tipo de cobrança ou responsabilização do gestor para que o faça; 2) Estabelecer prazo para a mudança da Fase I/II e pactuar a responsabilidade do Gestor Estadual, enquanto Coordenador do processo da triagem Neonatal; 3) Estabelecer indicadores para monitoramento da qualidade da triagem Neonatal em todo o país; 4) Estabelecer uma equipe técnica responsável pelo acompanhamento e monitoramento do PNTN; 5) Assegurar que a informação da Triagem Neonatal esteja inserida na caderneta de saúde da criança, sendo instrumento de informação e acompanhamento. Às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: 1) Organizar a rede de média e alta complexidade – Garantia do acesso; 2) Qualificar o atendimento humanizado nas unidades de Pronto Atendimento; 3) Implementar a vigilância epidemiológica; 4) Garantir assistência humanizada às gestantes com doença falciforme; 5) Prover atendimento de qualidade aos pacientes hematológicos, em tempo eficaz, considerando a demanda e a otimização da utilização da capacidade instalada nos municípios, nas regiões e no Estado; 6) Ter como um dos principais focos da qualidade da atenção a capacitação de todos os trabalhadores do SUS envolvidos na atenção às pessoas com essas doenças; 7) Oferecer quando solicitado, o aconselhamento e orientação genética às pessoas com doença e a seus familiares; e 8) Criação de protocolos e fluxos de atendimento.” Concluída a leitura, apelou ao CNS para que defina uma saída para a coordenação da CISM/MS visto que os conselheiros que exercem a coordenação (titular e adjunto) são suplentes. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, devido ao avançado da hora, sugeriu ao Pleno aprovar o mérito e redefinir a forma. **Deliberação: aprovado o mérito da proposta de recomendação sobre anemia falciforme. O texto será reformulado e apresentado ao Pleno, para conhecimento.** Finalizando, Conselheira **Maria do Socorro de Souza** agradeceu os convidados e encerrou este item. **ITEM 11 – GT OSCIPs -**

Este item foi adiado. Antes de passar ao próximo ponto, Conselheira Cleuza de Carvalho Miguel explicou que fora indicada para participar da Conferência de Natal, mas o bilhete fora emitido para outro conselheiro. Por essa razão, solicitou retificação na ata visto que não participara dessa conferência. **ITEM 12 – PORTARIA Nº 2.027 DE 25 DE AGOSTO DE 2011 – DISPÕE SOBRE A CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE COMPÕEM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA** - *Apresentação:* **Aristides de Oliveira**, Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica - DAB/SAS/MS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica - DAB/SAS/MS, **Aristides de Oliveira**, dialogou com o CNS sobre os pontos mais relevantes da Portaria nº 2.027/11, que altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Explicou que a Portaria visa dar resposta à dificuldade de fixação e provimento de profissionais médicos na atenção básica da saúde. Disse que o Ministério da Saúde tem debatido várias formas de lidar com esse problema e uma das iniciativas é a Portaria nº. 2.027. Detalhou que a Portaria destaca o esforço para qualificar a reconhecer a atenção básica como ordenadora do cuidado e central na rede de atenção a saúde. Nesse sentido, deve-se qualificar a atenção básica para acolher os usuários nas suas necessidades e preconiza-se que os profissionais médicos e enfermeiros possam cumprir a maioria da sua carga horária na atenção básica, mas também ter a sua carga horária em outro ponto de atenção como UPA e pronto atendimento. Disse que, com isso, é possível ter um profissional na porta de emergência que conhece a realidade do usuário inserido na comunidade, o que favorece a integralidade e a resolutividade. Disse que a proposta visa dar resposta à situação de hoje fixar e prover médicos em diversas regiões do país, ou seja, a Portaria possibilita diferentes incursões dos profissionais médicos nas equipes de atenção básica no que diz respeito à carga horária. A respeito da jornada dos profissionais médicos, explicou que as ESF poderão ter as seguintes configurações: a) ESF com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde, inclusive o profissional médico; b) ESF com dois profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas; c) ESF com dois profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de vinte horas semanais; d) ESF com três profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas; e) ESF com quatro profissionais médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas; e f) ESF com um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais. Salientou que, de acordo com o arranjo acerca de carga horária, por não ser o ideal, haverá repasse diferenciado do PAB Variável. Também destacou ainda que as ESFs sem médicos e enfermeiros não podem aderir ao Programa de Melhoria de Acesso à Qualidade. **Manifestações.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, na condição de representante dos usuários, perguntou até que ponto a Portaria contribui para melhoria da qualidade do atendimento ao usuário. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** fez os seguintes questionamentos em relação à Portaria nº. 2.027: vai de encontro à argumentação do Ministério da Saúde para não garantir a regulamentação da jornada de 30h para os profissionais de enfermagem; permite que os profissionais médicos tenham mais de um emprego, prejudicando a integração à estratégia saúde da família (não garante que os médicos cumpram o restante da carga horária nas urgências públicas); provocará disputa pela jornada de 20h (ganhar mais com dois vínculos de 20h); acarretará sobrecarga para os demais profissionais da equipe; a fixação do profissional ocorre com plano de carreira, estabilidade e condições de trabalho; e equipe transitória – para onde e para que? Finalizando, salientou que a proposta é o início do fim da Estratégia Saúde da Família. Conselheiro **José Carrijo Brom** lamentou que a Portaria não fora discutida no CNS e discordou de medidas paliativas que não resolvem os problemas estruturais do SUS. Registrou que, por princípio, as entidades odontológicas são contra a redução da carga horária da equipe do PSF, portanto, são contra a Portaria 2.027. Dito isso, fez a leitura da nota das entidades odontológicas nacionais com posição contrária à Portaria e solicitação ao Ministério da Saúde de suspensão desse instrumento e retomada do debate. Conselheiro **Pedro Tourinho** registrou que a Portaria representa um avanço na medida em que dialoga com a situação real de provimento da categoria médica na ESF. Na perspectiva de ampliar o acesso, ressaltou que é preciso pensar em várias estratégias, apesar de concordar com a possibilidade de distorções acerca da definição. Salientou que, para resolver os problemas na área da saúde como a competição com o mercado privado, é preciso regular o mercado de trabalho na área da saúde. Avaliou que a estratégia de modificar a carga horária deve ser acompanhada de outras medidas que visem a qualificação profissional. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, primeiro, ressaltou que carga horária não vincula profissionais, sendo necessárias outras questões para isso. Concordeu que é preciso fazer mediações, contudo, é preciso delimitar o prazo dessa medida transitória. Apesar de reconhecer que se trata de uma importante iniciativa, avaliou que o encaminhamento dessa medida não foi o mais adequado. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** reconheceu que a Portaria é uma tentativa de solucionar os problemas, contudo, questionou o fato de não ter sido discutida com os usuários, os mais interessados nessa questão. Perguntou se a Portaria resolverá o problema da escassez de médicos no país, entendendo que esse debate deve ser feito sob outro viés. Por fim, ressaltou que o

governo deve ter a coragem de criar universidades públicas, com caráter social, para formar alunos das escolas públicas nos rincões do país e resolver a questão do provimento de profissionais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou o apelo por uma equipe multiprofissional para atender na ponta e salientou que é preciso debater as alternativas com a população, inclusive para saber como deve funcionar na ponta. Denunciou a situação de Cárcere/MT onde a população precisa enfrentar filas na madrugada para conseguir uma ficha de atendimento (o número de atendimentos é definido pelo profissional de saúde). Salientou que a população deve ter um mecanismo de cobrança e fiscalização da carga horária dos profissionais da ESF. Por fim, ressaltou que é preciso retomar esse debate no CNS sob outra lógica. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** fez uso da palavra para registrar a sua indignação com a publicação da Portaria, que desvirtua a ideia de equipe de saúde da família e apelou ao Ministério da Saúde que suspenda esse instrumento e debata com a sociedade. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** recuperou que essa proposta foi debatida em 2004 e o CNS manifestou-se contra. Disse que a Portaria foi publicada sem que o CNS sequer fosse informado e destacou outras normas publicadas sem o conhecimento do Colegiado como o Decreto nº. 7508/11; Portaria nº. 2.087; Portaria nº 2.029 (institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS); e Política “Saúde não tem Preço”. Diante disso, perguntou qual é o papel do CNS. Sobre Portaria nº 2.027/11, ressaltou que novamente o Ministério da Saúde tenta enfrentar o problema do SUS por um atalho mais fácil. Frisou que os médicos se negam a trabalhar na rede pública porque estão trabalhando na rede privada conveniada ao SUS que é mais lucrativa, visto que o pagamento é feito por procedimento. Afirmou que a Portaria compromete a Estratégia Saúde da Família, penalizando municípios que cumprem a regra de jornada de trabalho dos médicos de 40h. No mais, ressaltou que os médicos formados em Cuba têm interesse em trabalhar no PSF e a proposta não é viabilizada. Por fim, apelou ao CNS para que se manifeste contra a Portaria. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que provimento e fixação deve ser o foco de debate do CNS durante a apreciação do Plano Nacional de Saúde e estas questões merecem destaque no Plano. Também informou que um GT do Ministério da Saúde está debatendo a proposta de regulamentação da jornada de 30h para os enfermeiros e destacou que o setor privado é o que apresenta maior resistência a esse respeito. Relatou a situação do Distrito Federal onde não é possível obter profissionais na rede e nos planos de saúde e a saída é o pagamento pelos serviços. Além disso, lembrou que o DF possui uma das piores situações de acesso à saúde do Brasil. No mais, salientou que a forma de provimento e fixação pesa na definição da equipe. Por fim, avaliou que o Decreto nº. 7.508 contribuirá para resolver essa situação. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** ressaltou que é preciso considerar nesse debate a dificuldade de prover e fixar profissionais médicos nos pequenos municípios e a impossibilidade de fazer atendimento na ESF sem médico na equipe. Na sua avaliação, deve haver regras de transição entre o que é real e possível e o que se defende como ideal e, nesse sentido, defendeu a definição de prazo para esse processo de transição e de condicionantes para resolver a situação. Por fim, defendeu que suspender a Portaria significa privar determinados locais do país de ter profissional médico na ESF. Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou que nesse ano o CNS tem debatido temas relevantes para estruturação do SUS e, portanto, o Colegiado cumpre o seu papel e encara questões de fundo. Avaliou que a Portaria é uma medida para responder a uma questão real e concreta e, nesse sentido, disse que o CNS deve acompanhar a sua implementação e avaliar os resultados, verificando se cumpriu os seus objetivos; se não, deve-se modificar a estratégia. Salientou que medidas estratégicas foram discutidas no CNS, mas não é possível discutir as táticas. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** iniciou a sua fala manifestando a sua insatisfação com o fato desse ser o último ponto da pauta. Considerando que a proposta é de mérito e não tática, defendeu a suspensão da Portaria e debate com o CNS, na próxima reunião, junto com as outras portarias publicadas sem a manifestação do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também registrou a sua insatisfação com a proposta que privilegia uma categoria profissional da saúde e lembrou, inclusive, que são quase 1.200 municípios brasileiros sem cirurgião-dentista e nada é feito para resolver essa situação. Na sua avaliação, a Portaria é um equívoco e avaliou que, no mínimo, deveria ter sido feito estudo mostrando que a flexibilização de carga horária pode resolver a situação de provimento de profissionais. Por fim, reiterou a proposta de suspensão da Portaria e debate no CNS. Conselheira **Ana Estela Haddad** destacou na sua fala, dentre outras questões, que foi realizado seminário nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e maior vulnerabilidade, que contou com a participação de conselheiros do CNS, e os resultados deste nortearam também a elaboração da proposta. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica - DAB/SAS/MS, **Aristides de Oliveira**, iniciou a sua fala reiterando que a ESF com um médico cumprindo jornada de 20 horas é transitória e não ideal e a Portaria determina um limite por municípios de equipes com essa característica. Ressaltou que se trata de um problema complexo e a Portaria é uma das estratégias para tentar resolver a questão do provimento. Frisou que a proposta não dialoga com as necessidades de uma categoria profissional, mas sim com uma realidade concreta do SUS. Explicou que a intenção é combater questões como competição entre profissionais, falta de integralidade e dificuldade de acesso. Salientou que a população está desassistida porque não há profissional formado em quantidade e qualidade suficiente e o gestor municipal vê-se obrigado a aceitar certas condições e é descredenciado, deixando de receber recursos. Salientou que é preciso adotar estratégias distintas

para trabalhar com realidades diferentes do país e são necessários estudos aprofundados que estão sendo feitos. Contudo, disse que há estudos e que foi realizado seminário sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e maior vulnerabilidade. Também destacou que o DAB/SAS/MS tem tido grande preocupação com a qualificação do cuidado e o Programa de Melhoria da Qualidade é uma das estratégias para chamar as equipes para o debate. Disse que estão sendo realizadas oficinas nos estados para discutir com os gestores estaduais e municipais a implantação do Programa, visando qualificar, contratualizar meta. Disse que entende a posição do CNS sobre a forma como se deu o processo, mas defendeu o mérito da Portaria e das demais ações que a complementam. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para debate em outras oportunidades. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** passou aos encaminhamentos e colocou em votação as propostas: **1) Favoráveis à suspensão da Portaria – 7 votos; e 2) Contrários à suspensão da Portaria – 12 votos. Seis Abstenções. Deliberação: o Pleno decidiu com doze votos favoráveis, sete votos contrários e seis abstenções não solicitar a suspensão da Portaria nº. 2.027/11.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que se absteve da votação para declarar que vários setores do Ministério da Saúde discordam dessa proposta, dada a polêmica do seu mérito. Além disso, destacou que a publicação da Portaria gerou um movimento de repulsa pelo país e comprometeu-se a fazer o embate contra a proposta no CNS. Destacou que cumpriu o seu compromisso, mas o CNS não percebeu o que está em jogo nesse debate. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** declarou que se absteve da votação para registrar a sua posição de que as portarias do Ministério da Saúde devem ser discutidas de forma ampla e previamente no CNS. Conclamou aos que tem posição favorável a mediações estratégicas a dialogarem com aqueles com experiência em linha de frente de serviço de atenção primária, visto que não é possível garantir acesso sem intermediação estratégica, desde que haja delimitação. Diante do resultado da votação, conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação a proposta de retomar o debate da Portaria nº. 2.027/11, considerando, inclusive, o Decreto nº. 7508/11. **Deliberação: o Pleno decidiu, por consenso, retomar o debate da Portaria nº. 2.027/11 no CNS, considerando, inclusive, o Decreto nº. 7.508/11.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou qual será a posição do CNS acerca dos instrumentos jurídicos, publicados pelo Ministério da Saúde, sem o conhecimento do CNS. **A esse respeito, acordou-se que será pautado debate no CNS sobre instrumentos legais do Ministério da Saúde publicados sem debate prévio com o CNS.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu o convidado e encerrou a discussão deste item. Conselheiro **Arcolino Marcolino** solicitou pauta no CNS para tratar do Programa de Álcool e Drogas. Esse tema será incluído nos itens a serem pautados no CNS. Em seguida, a mesa retomou as pendências. A Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a proposta de Resolução e as três moções foram adiadas para a próxima reunião, devido ao adiantado da hora. **Informes da SE/CNS. A – RELATÓRIO DO SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SERVIÇO CIVIL EM SAÚDE E SOBRE AS DEMANDAS JUDICIAIS NO ÂMBITO DO SUS.** Prazo para Manifestação à SE/CNS: 25 de setembro de 2011. A Secretária Executiva do CNS explicou que o relatório possui divergências em relação às propostas e à agenda política do CNS, em especial no que diz respeito à proposta de serviço civil. Assim, perguntou se o relatório deve ser publicado ou retornar ao CNS para avaliação. **O Pleno decidiu que o relatório deve ser publicado. B – INFORME DO SETOR DE PASSAGENS.** Portaria nº 505, de 29 de dezembro de 2009. A Secretária Executiva do CNS falou da dificuldade de conseguir funcionários para setor devido problemas de relacionamento dos conselheiros com os servidores. A esse respeito, acordou-se que a Mesa Diretora do CNS será mediadora para receber denúncias dos funcionários. Esse informe será repetido na próxima reunião do CNS. **C- INFORME LEGISLATIVO: COMISSÃO GERAL PARA DISCUTIR A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29.** Data: 20 de setembro de 2011. Local: Câmara dos Deputados, Brasília/DF. Horário: ainda não divulgado. Convocação: Presidente da Câmara, Marco Maia. Objetivo: Conhecer o impacto que a EC 29 terá em cada um dos estados. Convidados para o debate: Ministro da Saúde, representantes da área financeira do governo federal, prefeitos, governadores e dirigentes de entidades da sociedade civil ligadas ao setor. **Informes de conselheiros a) SEMINÁRIO EM DEFESA DO SUS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.** Apresentação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**. 1ª Mesa: A Construção do SUS e o revisionismo do modelo de Estado. 2ª Mesa: O direito à saúde ameaçado pela privatização. Data: 29 de setembro de 2011. Horário: 14h às 20h. Local: Recife. Inscrições: [coordenacao@frentecontraprivatizacaope.com.br](mailto:coordenacao@frentecontraprivatizacaope.com.br). Realização: Frente Pernambucana Contra a Privatização da Saúde: <http://www.frentecontraprivatizacaope.com.br>. Encaminhamento: divulgar essas atividades em defesa do SUS e contra a privatização. b) DIA MUNDIAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER – 21 de setembro. c) DEMANDAS DA COMISSÃO LGBT. Encaminhamento: pautar as demandas da Comissão na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. e) TERAPIA NUTRICIONAL. Encaminhamento: pautar debate no CNS sobre o tema. Também houve registro sobre divergência nos valores das diárias pagas aos conselheiros e acordou-se que a SE/CNS verificará essa questão. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou o envio da Resolução do CFESS aos conselheiros, para conhecimento e divulgação. Também informou que o Congresso da Rede Unida está sendo precedido de seminários regionais e participara dos realizados em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Fortaleza. Destacou que no último fora feito amplo debate sobre gestão do

2334 trabalho. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da  
2335 Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 225ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram  
2336 presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda,**  
2337 **Arilson da Silva Cardoso, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuawi Omoro,**  
2338 **Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves**  
2339 **Vasconcelos Filho, João Donizetti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida**  
2340 **Venâncio, José Carrijo Brom, José Cechin, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck,**  
2341 **Luiz Alberto Catanocce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos,**  
2342 **Maria do Socorro de Souza, Nelson A. Mussolini, Olympio Távora D. Correa, Reginaldo Neves**  
2343 **Gomes, Remígio Todeschini, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Volmir**  
2344 **Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza.** *Suplentes:* **Ana Estela Haddad, Ana Maria Rodrigues**  
2345 **da Silva, Arnaldo Marcolino, Bruno Metre Fernandes, Eliane Aparecida da Cruz, Eurídice**  
2346 **Ferreira de Almeida, Flávia de Oliveira B. Brasileiro, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo,**  
2347 **José Naum de Mesquita Chagas, José Wilton da Silva, Júlia Maria Roland, Júlio Cezar**  
2348 **Figueiredo Caetano, Lucimar Batista da Costa, Maria Laura Carvalho Bicca, Nadir Francisco do**  
2349 **Amaral, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira,**  
2350 **Sebastião Geraldo Venâncio, Verônica Lourenço da Silva, Wilson Valério da Rosa Lopes.**  
2351  
2352  
2353  
2354  
2355  
2356  
2357  
2358  
2359  
2360  
2361