



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

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

10 Aos quatorze e quinze dias do mês de setembro de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional
11 de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala "B", Brasília,
12 Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Quinta Reunião Ordinária do CNS. Iniciando a
13 reunião, conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes
14 e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real e apresentou a pauta da reunião que foi
15 aprovada. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 224ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -**
16 *Apresentação: Rozângela Fernandes Camapum*, Secretária Executiva do CNS. *Coordenação:*
17 Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: a ata da 224ª RO do**
18 **CNS foi aprovada, por unanimidade, sem ressalvas.** **ITEM 2 – INFORMES E INDICAÇÕES -**
19 **PROPOSTA DE NOVA LOGOMARCA PARA O CNS** – A equipe de comunicação do CNS apresentou
20 uma proposta de reformulação tipográfica e estética da atual logomarca do CNS, criada em 1988. Na
21 avaliação da equipe, o desenho da atual logomarca é confuso e não representa o logotipo CNS e,
22 além disso, remete a várias idéias como um cifrão ou até mesmo outras logomarcas. Ainda na
23 avaliação da equipe, a modernização é necessária para diferenciar a logomarca da de outras
24 entidades que também utilizam a sigla CNS. Segundo a equipe, a proposta da nova logo tem por
25 objetivo trazer mais impacto e legibilidade à sigla do colegiado e reforçar a imagem do CNS na
26 população em geral e assim contribuir na difusão do conceito de controle social. **Manifestações.**
27 Conselheiro **Nelson Mussolini** perguntou se havia custo para modificar a logomarca do CNS.
28 Conselheira **Marisa Furia Silva** defendeu a logomarca atual, avaliando, inclusive, que era mais
29 moderna. Conselheira **Flávia de Oliveira Brasileiro** também fez uma defesa da logomarca atual que,
30 na sua visão, além de mais moderna, representa a questão histórica e a transversalidade da saúde
31 representada pelo "S" cortado. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** cumprimentou a equipe de
32 comunicação do CNS pela nova proposta de logomarca. Conselheira **Rosangela da Silva Santos**
33 perguntou se a nova logomarca era tridimensional assim como a anterior. Conselheiro **Olympio**
34 **Távora Correa** avaliou que a nova proposta de logomarca não trazia grandes inovações e defendeu a
35 atual por considerá-la mais estilizada e bonita. Conselheira **Maria Cristina Biz** também defendeu a
36 logomarca atual por considerar que a nova proposta não trazia inovações. Conselheiro **José Marcos**
37 **de Oliveira** aproveitou para registrar a presença de representantes da Plenária Nacional de
38 Conselhos de Saúde dos Estados do Rio de Janeiro, Amazonas e Piauí. **Retorno da mesa.** A
39 Secretária Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que não havia custo
40 financeiro para implementar a nova logomarca visto que fora elaborada pela equipe de comunicação
41 do CNS. Disse que a equipe de comunicação buscou elaborar uma proposta para melhorar a imagem
42 do Conselho, sem alterar a forma. Na avaliação da equipe de comunicação do CNS, a logomarca
43 atual do CNS é confusa e, portanto, buscou-se elaborar nova proposta com maior legibilidade a fim de
44 atingir o público de fora da saúde. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que, para os militantes
45 da saúde, a identidade visual do CNS é clara, mas, para os de fora, pode haver dificuldade de
46 interpretação. Encaminhando, consultou o Pleno sobre a necessidade de modificar a logomarca do
47 CNS. Se o Plenário assim entendesse, a equipe de comunicação traria novas propostas.
48 **Deliberação: o Plenário do CNS decidiu, por unanimidade, manter a atual logomarca do CNS.**
49 **PROPOSTA DE RESOLUÇÃO QUE ESTABELECE DIRETRIZES E NORMAS SOBRE AS**
50 **DENÚNCIAS APRESENTADAS AO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** – A Secretária Executiva
51 do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, relatou que a Mesa Diretora do CNS, por solicitação da
52 SE/CNS, debateu e apresentou uma proposta de normas e diretrizes para apresentar denúncias ao
53 CNS visando definir um fluxo para apresentação e facilitar a análise. Lembrou que a proposta fora
54 apresentada há alguns meses ao Plenário e a versão atual contempla as sugestões dos conselheiros
55 naquela ocasião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** acrescentou que a versão inicial da proposta fora
56 elaborada em conjunto pelo Conselheiro Volmir Raimondi e por ele. O texto da proposta de resolução
57 é o seguinte: "Considerando a Quinta diretriz, inciso XVII, da Resolução CNS nº. 333/03;
58 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@sauda.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 defende 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.10 - 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.11 - A Secretaria Executiva deverá fazer um informe semestral aos conselheiros do CNS sobre o número de denúncias recebidas. Art.12. 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 (CESs 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 **Rosangela 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 Boufleur** 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 Secretaria 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 **Rosangela da Silva Santos** sugeriu excluir o trecho "nos casos pertinentes". A Secretaria 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 Secretaria 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 Secretaria 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 Secretaria 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 Furia 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: **Debóra 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 Secretaria Executiva do CNS justificou que o Ministro da Saúde estava dirigindo-se ao CNS para coordenar esse ponto de pauta. A coordenadora **Debóra 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

319 com maior escolaridade. Sobre a tendência de mortalidade em relação às DCNTs, explicou que 72%
320 dos óbitos referem-se à mortalidade proporcional, mas, na última década, houve uma redução de
321 cerca de 20% nas taxas das doenças crônicas não transmissíveis. Explicou que é consenso a
322 necessidade de atuar nos fatores de risco das DCNTs (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes,
323 doenças respiratórias crônicas), sendo os mais expressivos o tabagismo, a alimentação inadequada, a
324 inatividade física e o consumo abusivo de álcool. Ressaltou que outro consenso refere-se à
325 necessidade de prevenção de DCNTs ao longo da vida (pré-natal adequado, alimentação adequada à
326 gestante, aleitamento, proteção à exposição aos fatores de risco...). Nessa lógica, disse que as ações
327 do Ministério da Saúde em relação às doenças crônicas não transmissíveis são: 1) Vigilância; 2)
328 Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, Política anti tabaco, acordo com a indústria para
329 redução gordura trans e sal, rotulagem alimentos; 3) Expansão da atenção primária; 4) Exames
330 preventivos de câncer de mama e colo; e 5) Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão
331 arterial e diabetes. Continuando, explicou que o Plano de Enfrentamento das DCNTs no Brasil
332 trabalha com as doenças crônicas e quatro fatores de risco (tabagismo, obesidade, uso nocivo do
333 álcool, inatividade física). Detalhou que as metas do Plano são: reduzir a taxa de mortalidade
334 prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
335 reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos;
336 reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no
337 lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; e reduzir a
338 prevalência de tabagismo em adultos. No que diz respeito à redução da obesidade nas crianças de 5
339 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
340 chegar ao patamar de 3%. No que se refere ao tabaco, a meta é diminuir de 15% para 9% (tendência:
341 queda média anual de 0,3%). Para alcançar as metas, disse que o Plano de Enfrentamento das
342 DCNTs 2012- 2022 trabalha com três eixos: Eixo I: Vigilância, monitoramento e avaliação, Eixo II:
343 Prevenção e Promoção da Saúde e Eixo III: Cuidado Integral. No Eixo I - Vigilância, monitoramento e
344 avaliação, detalhou que as propostas são: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 (parceria com IBGE);
345 Estudos sobre DCNT – morbimortalidade, inquéritos, avaliação de custos, intervenções em saúde,
346 desigualdades em saúde, identificação de populações vulneráveis; e Portal de Monitoramento e
347 Avaliação do plano. No Eixo II: Prevenção e Promoção da Saúde, destacou que as iniciativas voltadas
348 à atividade física são: Programa Academia da Saúde; Programa Saúde na Escola; Praças do
349 Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); reformulação de espaços urbanos saudáveis;
350 Campanhas de comunicação: criação de campanhas articuladas a grandes eventos como a Copa do
351 Mundo de Futebol e as Olimpíadas. Ainda no Eixo II, destacou as ações voltadas à alimentação
352 saudável: promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação
353 Escolar; aumento da oferta de alimentos saudáveis; acordos com a indústria para redução do sal e do
354 açúcar; redução dos preços dos alimentos saudáveis; e Plano Intersetorial de Prevenção e Controle
355 da Obesidade. No que se refere ao tabagismo e álcool, disse que estão previstas ações como:
356 adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; ampliação das
357 ações de prevenção e de cessação do tabagismo; fortalecimento da implementação da política de
358 preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool; ações fiscalizatórias em
359 relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos; ações educativas voltadas à prevenção
360 e à redução do uso de álcool e tabaco; e iniciativas locais de legislação específica em relação ao
361 controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares. Em relação ao
362 envelhecimento ativo, detalhou que estão previstas as seguintes ações: atenção integral ao
363 envelhecimento ativo; prática da atividade física regular no Programa Academia da Saúde;
364 capacitação das equipes de profissionais da APS para o atendimento, acolhimento e cuidado da
365 pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas; incentivo à ampliação da autonomia e
366 independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; e criação de programas para
367 formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas na comunidade. No Eixo III: Cuidado
368 Integral, disse que as ações são: acesso com qualidade ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo
369 do útero e mama; acesso a medicamentos; e Saúde Toda Hora: Atendimento de Urgência, Atenção
370 Domiciliar e Unidades Coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Por fim, solicitou que o
371 CNS e as entidades assinem a declaração de apoio à implementação do Plano nos endereços: -
372 http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7082 (institucional); e -
373 http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=7020 (pessoa física). Conselheiro **José**
374 **Marcos de Oliveira** cumprimentou a expositora pela apresentação elucidativa e sugeriu que o CNS
375 aprove moção de apoio ao Plano e recomendação de adesão a ele. Também sugeriu retomar as
376 recomendações e resoluções do CNS sobre obesidade, resultado de amplo debate no Conselho.
377 Retificou ainda que não existe gratuidade de medicamentos, mas sim medicamento "sem custo
378 adicional" para o usuário. Por fim, perguntou a relação do Plano de Enfrentamento das DCNTs com o
379 Pacto pela Vida. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**, além dos itens prioritários, sugeriu
380 que o Plano para Enfrentamento das DCNT dê ênfase à origem fetal das doenças crônicas, conforme
381 exposições realizadas durante o Congresso Mundial de Epidemiologia, em Edimburgo, Escócia, em
382 agosto de 2011. Explicou que as doenças cardíacas coronarianas, diabetes tipo 2, hipertensão
383 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 **Rosangela 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. Concordou com a proposta de definir parcerias com porteiros e zeladores para disseminar informação inclusiva 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. Concordou 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 negoциem, 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

514 **José Marcos de Oliveira** listou os encaminhamentos que emergiram nas intervenções: aprovar
515 moção de apoio ao Plano de Enfrentamento às DCNTs e recomendação aos CESs, CMSs e à
516 sociedade civil em geral que façam adesão à declaração de apoio à implementação deste Plano;
517 apresentar o Plano na 14^a CNS; e promover articulação com CONSEA e outros conselhos visando
518 fortalecer e divulgar o Plano. Conselheira **Maria Cristhina Biz** sugeriu que CONASS e CONASEMS
519 se apropriem da proposta de Cidade Amiga do Idoso. **Deliberação: aprovado o mérito de moção de**
520 **apoio do CNS ao Plano de Enfrentamento às DCNTs e recomendação aos CESs, CMSs e à**
521 **sociedade civil em geral que façam adesão à declaração de apoio à implementação do Plano;**
522 **apresentar o Plano de Enfrentamento às DCNTs na 14^a CNS; promover articulação com**
523 **CONSEA e outros conselhos visando fortalecer e divulgar o Plano; e recomendar ao CONASS e**
524 **CONASEMS que se apropriem da proposta de Cidade Amiga do Idoso, uma iniciativa da ONU.**
525 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que o Plano fora objeto de
526 amplo debate (consulta pública, fórum ampliado) e na Comissão Intergestores Tripartite foram
527 pactuadas as diretrizes e a recomendação de pactuação de metas por Estados e Municípios ao longo
528 de 2011 e 2012. Nesse sentido, salientou a importância do envolvimento dos Conselhos Estaduais e
529 Municipais de Saúde nesse processo de pactuação nos Estados e Municípios. Também convidou os
530 conselheiros para o lançamento do livro “Adib Jatene e Alexandre Padilha: 40 anos de medicina - O
531 que mudou?”. Conselheiro **Volmir Raimondi** solicitou versão acessível do livro às pessoas com
532 deficiência. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, explicou que já está pronta
533 versão acessível às pessoas com deficiência visual e aproveitou para informar que o site do Ministério
534 da Saúde está adequado aos padrões de acessibilidade, atendendo inclusive à solicitação do
535 Conselheiro Volmir Raimondi. Feitas essas considerações, Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
536 agradeceu a coordenadora **Débora Carvalho Malta** pela exposição e pelo debate e os representantes
537 da FENAM e da FEMAMA pela presença e encerrou a discussão deste item. **ITEM 4 –**
538 **LANÇAMENTO DA PESQUISA SOBRE O PERFIL DA ENFERMAGEM NO BRASIL - Composição**
539 **da mesa: Ana Estella Haddad**, Secretária Adjunta da SGTES/MS; **Maria Helena Machado**,
540 pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ; **Manuel Carlos Neri da Silva Machado**, Presidente do Conselho
541 Federal de Enfermagem - COFEN. Coordenação: Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**,
542 Presidente do CNS. A Secretária Adjunta da SGTES/MS, **Ana Stella Haddad**, manifestou a
543 satisfação da Secretaria com o lançamento da Pesquisa sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil e
544 destacou que, além de uma resposta ao anseio da categoria, servirá de subsídio ao Ministério da
545 Saúde na condução da Política de Gestão do Trabalho e da Educação. Aproveitou para cumprimentar
546 a coordenadora da pesquisa, Maria Helena Machado e agradecer a ABEn, o COFEN e a FNE pela
547 parceria. Explicou que a pesquisa está vinculada à Rede de Observatórios de Recursos Humanos em
548 Saúde – estação da FIOCRUZ – e o conteúdo contou com o acompanhamento do DGERTS. Após
549 essas considerações iniciais, a pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ, **Maria Helena Machado**, após
550 cumprimentar os componentes da mesa e o Pleno do CNS, passou à explanação da proposta.
551 Começou explicando que a Pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil é uma realização do
552 Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
553 Arouca- ENSP, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Associação Brasileira de Enfermagem -
554 ABEn e Federação Nacional dos Enfermeiros-FNE com o apoio da Rede de Observatório de RH,
555 Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, Fórum Nacional dos Auxiliares e Técnicos de
556 Enfermagem, Associação Nacional de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Confederação Nacional
557 dos Trabalhadores da Saúde. Explicou que a Pesquisa nasce de uma demanda histórica da
558 corporação da enfermagem, que data de década de 1990, de conhecer o perfil de seu contingente
559 profissional. Também responde a lacuna de conhecimento detalhado e aprofundado da maior
560 categoria do setor saúde. Destacou que dados do IBGE/AMS de 2009 apontam quase um milhão de
561 empregos no setor saúde e o COFEN registra hoje cerca de 1,3 milhão de profissionais em sua base,
562 sendo mais de 90% de mulheres. Detalhou que a realização do Perfil justifica-se pelas mudanças no
563 mundo do trabalho que têm gerado alterações profundas na conformação, estruturação e no processo
564 de trabalho como um todo. Explicou que a saúde e, especialmente, a equipe de enfermagem vem
565 experimentado essas mudanças, de forma intensa, afetando o núcleo do seu processo de trabalho.
566 Além disso, o volume de empregos diretos que concentra no setor (público e privado) torna a
567 enfermagem um contingente hegemônico e definidor de políticas públicas no âmbito do SUS.
568 Ademais, o desordenamento da abertura de escolas técnicas e profissionais que o Brasil experimenta
569 passou a ser um enorme problema político-social, exigindo das autoridades governamentais e da
570 corporação medidas energéticas e imediatas. No mais, salientou que a corporação apresenta hoje uma
571 agenda política que merece atenção especial dos governantes: recomposição (com redução de
572 categorias) da equipe de enfermagem, piso salarial nacional, redução da jornada de trabalho para 30
573 horas, entre outros. Explicou que o objetivo geral da pesquisa é analisar a situação atual da
574 enfermagem no Brasil buscando conhecer a sua dinâmica no recente contexto socioeconômico e
575 político brasileiro. Detalhou que os objetivos específicos são: traçar perfis profissionais dos
576 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem considerando as características socioeconômicas, a
577 formação, o desenvolvimento profissional, a inserção no mundo do trabalho e a participação sócio-
578 política desses profissionais; analisar a dinâmica atual do mercado de trabalho da enfermagem;

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

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

709 fato representa uma vitória do movimento social. Também ressaltou que é preciso discutir as fontes de
710 financiamento da saúde até a 14^a CNS que é o centro de debate neste momento. Conselheira **Júlia**
711 **Maria Roland** sugeriu que o CNS se empenhasse na construção de consenso sobre uma proposta
712 para ampliar os recursos da saúde, independente da fonte. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
713 ressaltou que a questão do financiamento do país, em especial para as áreas públicas, é complexa e
714 será resolvida, por exemplo, quando a dívida pública for equacionada, a DRU for extinta e a reforma
715 tributária garantida (imposto progressivo e mais justo). Defendeu que o CNS explice a sua posição
716 favorável à proposta que será votada na Câmara dos Deputados, independente de discussão
717 posterior. Conselheiro **Clóvis Boufleur** encaminhou a proposta de manter a posição do CNS:
718 aprovação da EC nº. 29 com a CSS ou outra fonte de recurso permanente, estável e progressiva.
719 **Deliberação: o Plenário decidiu manter a posição do CNS de aprovação da EC nº. 29 com a CSS**
720 ou outra fonte de recurso permanente, estável e progressiva; e custear a vinda dos
721 conselheiros para o debate sobre o SUS na Câmara dos Deputados, dia 20 de setembro de
722 2011, das 10h às 14h (será feita consulta, por meio de lista, dos conselheiros com
723 disponibilidade para participar do evento, para emissão das passagens). **MONITORAMENTO DA**
724 **RESOLUÇÃO CNS Nº 445 DE 11 DE AGOSTO DE 2011** – Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou
725 que a Resolução nº. 445/11 foi assinada pelo Ministro da Saúde e publicada no dia 11 de agosto.
726 Explicou que no momento a ação de São Paulo encontra-se suspensa e a resolução contribuiu nesse
727 sentido. **TEM 6 – TEMA DA 14^a CNS: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE –**
728 **RESOLUÇÃO FORMAÇÃO PROFISSIONAL** - *Composição da mesa:* **Ana Estela Haddad**,
729 Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES/MS; **Denise Motta Dau**, Departamento de
730 Gestão e da Regulação do Trabalho-DEGERTS/MS; Conselheiro **Francisco Batista Júnior**,
731 representante dos trabalhadores; e Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**, representante dos
732 usuários. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando,
733 Conselheiro **Clóvis Boufleur** detalhou que esse item era parte de uma série de discussões sobre os
734 eixos estruturantes da 14^a CNS e a intenção era gerar subsídios para debate na Conferência. A
735 primeira expositora foi a diretora do DEGES/MS, **Ana Estela Haddad**, com enfoque no
736 desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores do SUS – panorama das políticas de gestão do
737 trabalho e da educação na saúde. Começou explicando que a SGTES tem como base político-jurídica
738 a Constituição Federal de 1988 que define o Sistema Único de Saúde e atribuiu a ele a ordenação da
739 formação de RH na área de saúde. Isso significa definir o perfil profissional, o quantitativo profissional,
740 a composição tecnológica das equipes pertinentes às necessidades locorregionais. Disse que o
741 panorama global da gestão do trabalho em saúde é marcado pelo custo crescente para os sistemas
742 de saúde do uso não racional da alta tecnologia, necessidade de ampliar o acesso aos serviços de
743 saúde: aumentar o número de usuários e acúmulo e transição do perfil socioepidemiológico. Ressaltou
744 que, em oposição a outros setores econômicos, a saúde exige trabalho intensivo e os trabalhadores
745 nunca serão substituídos por máquinas ou tecnologia. Além disso, o contato pessoal é indispensável e
746 a relação profissional/paciente incorpora a essência do cuidado em saúde. Salientou ainda que a
747 saúde não pode ser adiada, o fator tempo é essencial, e precisa ser oferecida para cada pessoa.
748 Nessa perspectiva, explicou que a Política de Educação para o SUS busca trabalhar com a integração
749 educação e trabalho em saúde e mudança nas práticas de formação e nas práticas de saúde.
750 Detalhou que as prioridades na Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes: democratização das
751 relações de trabalho; fortalecimento e ampliação dos espaços de negociação e do diálogo;
752 desprecarição dos vínculos de trabalho; fortalecimento das áreas de gestão do trabalho e da
753 educação nos estados e municípios; integração das atividades de educação permanente com a
754 gestão do trabalho; fixação de trabalhadores e profissionais em todas as regiões; e criação e
755 consolidação de carreiras profissionais. Disse que a SGTES possui Agenda programática da política
756 de reorientação da formação de RH-SUS tendo como eixo a educação permanente: pós-graduação e
757 programas de capacitações para gestores e profissionais da Rede de Serviços SUS. Explicou que a
758 Educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao
759 cotidiano das organizações e ao trabalho e baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade
760 de transformar as práticas profissionais. Desse modo, a Educação Permanente visa transformar as
761 práticas institucionais, melhorar a qualidade da atenção e da assistência em saúde, promove atuação
762 comprometida da equipe com o processo de trabalho e com a comunidade e melhora as relações nas
763 e entre equipes de trabalho. Acrescentou que o foco da educação permanente é os processos de
764 trabalho (atenção, gestão e controle social), com enfoque na equipe multiprofissional e na
765 integralidade do processo de trabalho, a e construção de estratégias levadas à prática porque os
766 diferentes atores participam efetivamente da sua proposição. Ressaltou ainda que a educação
767 permanente traz princípios que levam a mudanças de orientação nos processos de formação e citou,
768 por exemplo, de competências gerais para competências estratégicas; de capacitação centrada em
769 informação interessante para capacitação centrada no conhecimento necessário; e da capacitação
770 “programada” à capacitação oportuna. Nessa linha, explicou que o Ministério da Saúde, por meio da
771 Portaria 1.996/07, adequou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ao processo de
772 regionalização do SUS, articulando a implantação desta Política aos colegiados de gestão regional.
773 Disse que, a partir da Portaria, são repassados recursos anualmente a Estados e Municípios para

774 implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para conhecimento, destacou
775 que foram repassados os seguintes recursos da educação profissional destinados à educação
776 permanente dos trabalhadores de nível médio: 2007 – R\$ 85.000.000,00; 2008 – R\$ 85.000.000,00;
777 2009 - R\$ 85.000.000,00; e 2010 - R\$ 30.000.000,00. Ressaltou que aproximadamente 100 mil
778 trabalhadores foram contemplados com qualificações e formação técnica de nível médio. Destacou
779 também a educação permanente a partir da análise de contexto, considerando: problemas de saúde
780 (situação epidemiológica), políticas, situação social, cultural e econômica, cenários de trabalho,
781 características dos RH (distribuição, contratação, competências) e processos de trabalho. Também
782 falou das Comissões de Integração Ensino Serviço – CIES que são instâncias intersetoriais e
783 interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PEPS.
784 Explicou que as CIES devem funcionar como espaços interinstitucionais e regionais para cogestão
785 desta política, orientadas pelo Plano de Ação Regional para a área de Educação na Saúde. Dos
786 objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, destacou o objetivo central da SGTES
787 de contribuir para a adequada formação, alocação, valorização, qualificação e democratização das
788 relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. Nessa perspectiva, explicou que a
789 gestão visa: integrar plenamente a Gestão do Trabalho e a Gestão da Educação; atuar de forma
790 conjunta com os Ministérios da Educação e do Trabalho - Comissão Interministerial de Gestão da
791 Educação na Saúde; e promover diálogo com as entidades representativas de profissionais e de
792 trabalhadores de saúde. Além disso, ressaltou que todas as propostas seriam submetidas ao
793 Conselho Nacional de Saúde e seriam implantadas após consenso com os gestores estaduais e
794 municipais (CONASS e CONASEMS). Também fez uma abordagem sobre a educação profissional e
795 saúde e solicitou um espaço na pauta do CNS para debater a formação profissional de nível
796 fundamental e médio. Explicou que a Secretaria possui programas de formação profissional de
797 técnicos de nível médio para o SUS, programas de qualificações e especialização pós-técnica.
798 Acrescentou que o projeto pedagógico dos cursos baseia-se no estabelecimento de perfil de
799 competências, considerando o processo de trabalho em saúde esperado para o profissional. Explicou
800 que está em formação uma subcomissão com a Secretaria de Educação Técnica e Profissional do
801 MEC para trabalhar de forma mais articulada a formação de nível técnico. Disse que, para educação
802 profissional em saúde, o SUS conta com a Rede de Escolas Técnicas do SUS. Explicou que as
803 Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) são instâncias educacionais criadas para efetivar processos e
804 programas de formação profissional técnica de nível médio na área de saúde e de qualificação do
805 pessoal de nível técnico empregado no setor saúde. Detalhou que são espaços pedagógicos
806 formalmente instituídos onde são desenvolvidos, de forma ordenada e sistemática, processos
807 formativos do trabalhador, empregado na rede de serviços do SUS e hoje são 36 escolas nos 27
808 Estados. Detalhou que são princípios da Educação Profissional para as ETSUS: o trabalho como um
809 princípio pedagógico (a Unidade de trabalho é um lócus de aprendizagem); parceria e articulado entre
810 instituições de ensino e de serviços; essência do processo ensino-aprendizagem: a aprendizagem
811 baseada na análise, acompanhamento e avaliação crítica sobre as práticas reais da rede de serviços
812 (aprendizagem significativa); e as necessidades de formação e qualificação emergem do processo de
813 trabalho nas unidades de saúde. Ressaltou ainda que a Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de
814 2009, institui a Rede de Escolas Técnicas do SUS e dispõe sobre as diretrizes para a sua
815 organização. Também falou sobre o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a
816 Saúde – PROFAPS destacando que o investimento em 2011 é de R\$ 63.000.000,00. Adiantou que,
817 em 2012, uma das prioridades da SGTES será a ampliação da formação profissional de nível médio.
818 Destacou as prioridades do PROFAPS para formação técnica de nível médio: Radiologia; Patologia
819 Clínica e Citotécnico; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária;
820 Vigilância em Saúde; e Enfermagem. Disse que, além da formação, há cursos de aperfeiçoamento e
821 capacitação como saúde do idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de
822 enfermagem das instituições de longa permanência e formação de Agente Comunitário de Saúde.
823 Ressaltou que, no período de 2005 a 2010, 155.500 agentes comunitários de saúde concluíram o
824 curso de formação. Também destacou que foi estabelecido o Programa de Qualificação do Agente de
825 Combate a Endemias e os cursos estão iniciando. Por fim, destacou como desafios da educação
826 profissional buscar formas de qualificar e atuar na perspectiva das Redes de Atenção e nas áreas
827 priorizadas dentro dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde. A segunda expositora foi a
828 diretora do DEGERTS/MS, **Denise Motta Dau**, que focou a sua fala nas ações do Departamento de
829 Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Iniciou contextualizando que o DEGERTS é
830 responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração das políticas de gestão,
831 planejamento e regulação do trabalho em saúde, a fim de estimular e consolidar os processos de
832 negociação do trabalho em saúde com gestores, trabalhadores, conselhos profissionais e setor
833 privado. Além disso, contribui para a democratização das relações de trabalho e estruturação da
834 política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público
835 e privado que compõem o SUS e colabora para a valorização do trabalhador e a estruturação das
836 redes de atenção do SUS. Pontuou como desafios para a gestão do trabalho em saúde:
837 fortalecimento e expansão de programas e ações para a democratização das relações de trabalho e
838 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

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

1099 com a Resolução do COFEn 381 que atribui como atribuição privativa do enfermeiro a coleta de
1100 material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou, por entender que em muitos locais
1101 do país esse procedimento é realizado por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Conselheiro **João**
1102 **Rodrigues Filho** cumprimentou os expositores, em especial o Conselheiro Pedro Tourinho pela
1103 explanação. Também reiterou, em nome da CNTS, a insatisfação com a exclusão da Confederação do
1104 Grupo de Trabalho sobre a redução da jornada de trabalho do setor de enfermagem para 30 horas
1105 semanais e perguntou a possibilidade de incluir a entidade nesse Grupo. Conselheiro **Abrahão Nunes**
1106 **da Silva** destacou que os usuários estão alijados do processo de debate da gestão do trabalho em
1107 saúde e não podem nem opinar sobre os profissionais para atender a necessidade do SUS.
1108 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que os usuários estão aprendendo a debater
1109 formação profissional e sofrem com a falta de profissionais e com a forma com que são tratados.
1110 Ressaltou que o controle social deve discutir o SUS que se quer e, nesse sentido, perguntou se é
1111 possível uma carreira única para o Sistema. Destacou que o movimento social tem papel importante
1112 no processo de gestão do trabalho em saúde e não há referência a este segmento. Defendeu ainda
1113 profissionais de saúde que atendam e acolham as necessidades dos usuários. Também destacou que
1114 é preciso dar atenção aos profissionais sem vínculos como parteiras e, a respeito da interiorização,
1115 disse que o Ministério da Saúde deve pensar o conceito de rural e urbano. Por fim, perguntou onde
1116 está concentrada a oferta de residências médicas. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** defendeu que o
1117 movimento social seja protagonista do debate sobre a gestão do trabalho em saúde. Conselheira
1118 **Flávia de Oliveira Brasileiro** informou que o curso de graduação em obstetrícia foi criado sem o aval
1119 das instituições de ensino, inclusive da enfermagem e não é reconhecido. Lembrou que a obstétrica é
1120 uma especialidade da enfermagem e da medicina e solicitou cautela ao tratar dessa questão
1121 lembrando que o foco principal deve ser a garantia da segurança das pessoas. Também esclareceu
1122 que a Resolução do COFEn nº. 381 proíbe a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo
1123 método de Papanicolaou por auxiliares e técnicos de enfermagem, por não se tratar de atribuição
1124 desses profissionais. Também registrou a parceria da FNE com a CNTS e ressaltou que Conferência
1125 é contemplada nos projetos. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu pautar debate na
1126 CIRH e no CNS sobre o curso de graduação em obstetrícia oferecido na USP Leste. Conselheira
1127 **Maria do Espírito Santo Tavares** ressaltou que é preciso ampliar o debate sobre o atendimento dos
1128 profissionais de enfermagem em obstetrícia. Também ressaltou que a proibição de coleta de material
1129 citológico pelo método Papanicolau por auxiliares e técnicos de enfermagem traz prejuízos a várias
1130 regiões do país que não possuem enfermeiro e prejudica a política de prevenção do câncer de colo de
1131 útero. **Retorno da mesa.** A representante do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho-
1132 DEGERTS/MS, **Denise Motta Dau**, começou explicando que foi realizado seminário com a Rede de
1133 Observatórios de Recursos Humanos para levantar dados sobre a força de trabalho em saúde do país
1134 e a orientação foi que as pesquisas fossem realizadas de forma mais ampla, envolvendo as estações
1135 dos observatórios de recursos humanos das universidades. Também destacou que a intenção é
1136 qualificar os profissionais para exercer as atribuições de acordo com as necessidades sociais do SUS
1137 e estas precisam ser debatidas. Explicou que a intenção é ampliar o papel da Câmara de Regulação
1138 do Trabalho em Saúde nesse sentido, pensando a formação e valorização de profissionais. A respeito
1139 das obstetras, informou que foi feito debate na CIRH e a Comissão encaminhou para debate na
1140 Câmara de Regulação com o COFEn e os egressos do curso visando encontrar saída para situação.
1141 Também disse que o Ministério da Saúde solicitou ao COFEn a revisão da Resolução nº. 381 e o
1142 tema está em debate na Câmara de Regulação. Sobre o prêmio, disse que a intenção é promover e
1143 divulgar práticas na gestão do trabalho em saúde que busquem excelência e inovação, aprimoramento
1144 da qualidade dos serviços e melhoria das condições de trabalho e do atendimento do SUS. Ressaltou
1145 que é fundamental a articulação entre gestão e educação, visto que não adianta formar profissionais
1146 sem ter como absorvê-los e valorizá-los. Também destacou a luta histórica pela regulamentação ao
1147 direito à negociação coletiva no setor público e a luta pelo acordo coletivo de trabalho. Destacou que
1148 hoje os protocolos da Mesa representam simbolicamente acordos coletivos e a intenção é que sejam
1149 adotados para garantir a valorização do trabalho em saúde. Aceitou o convite para ir ao FENTAS
1150 debater questões da gestão do trabalho em saúde. Explicou também que, para participação das
1151 entidades no GT sobre a redução da jornada de trabalho do setor de enfermagem, deve haver
1152 entendimento entre a bancada sindical, visto que várias entidades têm interesse em participar do
1153 Grupo. Lembrou que a CNTS e a CNTSS foram convidadas a participar da primeira oficina, momento
1154 inicial de debate e sugeriu uma conversa entre a bancada sindical para decidir sobre a ampliação (ou
1155 não) de seus representantes no Grupo. Destacou que a intenção é formar pessoal para intervenção
1156 efetiva e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população. Por fim, ressaltou que as Mesas
1157 Regionais, articuladas ao controle social, é o caminho a seguir. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1158 destacou que teve o privilégio de acompanhar a evolução do SUS internamente, na condição de
1159 funcionário do Sistema e o seu processo de construção externo. E, na sua avaliação, é um equívoco
1160 tentar tratar os sintomas e não as doenças do Sistema e, nessa linha, salientou, por exemplo, que é
1161 impossível um sistema de saúde universal e integral na lógica do mercado como é o caso do Brasil
1162 (um sistema que compra mais de 90% dos procedimentos especializados de alto custo). Disse que
1163 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 paleativas, 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, obstetras, 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, obstetras, 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 oncológica 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 **Rosangela da Silva Santos** sugeriu definir um padrão nacional de formação/educação para a rede privada e saúde suplementar, nos moldes do SUS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** 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**,

1294 Presidente do CNS, informou que está em elaboração um plano voltado às pessoas com deficiências
1295 e as linhas gerais e as propostas serão discutidas com o CONADE. **ITEM 5 – LANÇAMENTO DA**
1296 **REVISTA DO CNS** - Apresentação: Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, do Conselho Editorial.
1297 Coordenação: Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. Conselheiro
1298 **Alcides Silva de Miranda** lançou a Revista do CNS explicando que se trata de um veículo de
1299 divulgação de notícias, informes, análises, debates e reflexões sobre as políticas públicas de saúde no
1300 Brasil, sob a responsabilidade das instâncias de participação e controle social do SUS. Acrescentou
1301 que se trata de uma iniciativa de provocação e publicação do imprescindível debate sobre os desafios
1302 e tarefas para implantação e consolidação do SUS sob a égide pública, exercício e cultivo de
1303 competência comunicativa na defesa dos princípios e diretrizes da política pública de Estado,
1304 necessária atenção política e mobilização civil pela garantia do direito humano e social à saúde.
1305 Ressaltou que é um espaço aberto à pluralidade de opiniões e transparência de posicionamento
1306 político advindos da representação de legítimos interesses da sociedade civil. Salientou que a Revista
1307 busca agregar valor ao debate público sem abrir mão do posicionamento e defesa firme das
1308 deliberações oriundas do Conselho Nacional de Saúde. Com uma linha editorial definida e aprovada
1309 pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde a revista, com periodicidade bimestral, divulgará
1310 entrevistas, artigos, informes, notícias, temas e debates e até mesmo relatos de casos correlatos ao
1311 tema conexo da saúde, da participação civil e do controle social. Ressaltou que se trata de um espaço
1312 plural e participativo e convocou os conselheiros a fazer sugestões. Por fim, agradeceu a equipe de
1313 produção da revista pelo esforço para publicação desse primeiro número. Definido esse ponto, a mesa
1314 suspendeu para o lanche. Retomando, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou que fossem
1315 contempladas no item 6 as suas propostas de moção e de organização de uma frente de mobilização
1316 contra a ADIn 1.923. A esse respeito, acordou-se que as propostas seriam retomadas no dia seguinte.
1317 **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - APROVAÇÃO DE**
1318 **PARECER - POLÍTICA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE** - Apresentação:
1319 Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da CIRH/CNS/MS. Coordenação: Conselheiro **Clóvis**
1320 **Adalberto Boufleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ana Estela Haddad**, coordenadora da
1321 CIRH/CNS, apresentou os pareceres elaborados pela CIRH/CNS, para deliberação do Pleno: 1)
1322 Referência: Processo nº 200904813. Interessado: Fundação Universidade Federal da Grande
1323 Dourados. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: Satisfatório. 2) Referência: Processo
1324 nº 200913786. Interessado: Universidade Federal de Sergipe. Curso: Autorização do Curso de
1325 Odontologia. Parecer: Satisfatório. 3) Referência: Processo nº 201105404. Interessado: Centro
1326 Universitário Lusíada – UNILUS. Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Medicina.
1327 Parecer: Satisfatório. 4) Referência: Processo nº 201100454. Interessado: Universidade Federal do
1328 Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Curso: Renovação de reconhecimento do curso de Medicina.
1329 Parecer: Satisfatório. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os quatro pareceres elaborados**
1330 **pela CIRH – dois de renovação e dois de autorização de cursos.** A apresentação da Política de
1331 Residência Multiprofissional em Saúde foi adiada para outra oportunidade. Devido ao avançado da
1332 hora, o Item 8 da pauta – Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento - prestação de
1333 contas do MS - 1º e 2º trimestre/2011 - foi adiado para a próxima reunião do CNS. Com essa
1334 definição, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
1335 **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha,**
1336 **Arilson da Silva Cardoso, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omoré,**
1337 **Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves**
1338 **Vasconcelos Filho, João Donizetti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida**
1339 **Venâncio, José Carrijo Brom, José Rubens Rebelatto, Jurema Pinto Werneck, Lírida Maria S.**
1340 **Vieira, Luiz Alberto Catanoce, Maria Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues,**
1341 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria do Socorro de Souza, Marisa Furia Silva,**
1342 **Nelson A. Mussolini, Olympio Távora D. Correa, Paulo Guilherme Romano, Reginaldo Neves**
1343 **Gomes, Remígio Todeschini, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Volmir**
1344 **Raimondi e Zilda de Faveri Vicente Souza. Suplentes: Ana Estela Haddad, Arnaldo Marcolino,**
1345 **Bruno Metre Fernandes, Conceição Accetturi, Eliane Aparecida da Cruz, Flávia de Oliveira B.**
1346 **Brasileiro, Eurídice Ferreira de Almeida, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Ivone**
1347 **Evangelista Cabral, José Naum de Mesquita Chagas, José Wilton da Silva, Júlia Maria Roland,**
1348 **Júlio Cezar Figueiredo Caetano, Jurandi Frutuoso Silva, Laudeci Vieira dos Santos, Lucimar**
1349 **Batista da Costa, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Laura Carvalho Bicca, Nadir Francisco do**
1350 **Amaral, Nelci Dias da Silva, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho**
1351 **de Siqueira, Ronald Ferreira dos Santos, Sebastião Geraldo Venâncio e Verônica Lourenço da**
1352 **Silva, Wilson Valério da Rosa Lopes.** Iniciando o segundo dia de reunião, a Secretaria Executiva do
1353 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, cumprimentou os presentes e solicitou a participação de
1354 representantes da comissão organizadora da 14ª CNS na audiência com deputado Darcísio Perondi
1355 para tratar sobre a 14ª CNS. Conselheira Maria de Lourdes Rodrigues dispôs-se a participar da
1356 audiência. **ITEM 9 – COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS - APROVAÇÃO DO**
1357 **REGULAMENTO DA 14ª CNS. APROVAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE CONVIDADOS DA 14ª CNS.**
1358 **ALTERAÇÃO DA PORTARIA CNS Nº 935 DE 27 DE ABRIL DE 2011 - REGIMENTO INTERNO DA**

1359 14ª CNS. APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DAS DELIBERAÇÕES DAS 12ª E 13ª CONFERÊNCIAS
1360 **NACIONAIS DE SAÚDE** - Apresentação: Comissão Organizadora da 14ª CNS. Coordenação:
1361 Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Jurema Werneck**
1362 começou com os seguintes informes sobre a 14ª CNS: audiência com o deputado Darcísio Perondi
1363 para divulgar a 14ª CNS; novo layout do site da 14ª CNS; e 2ª videoconferência realizada sobre o
1364 balanço das conferências municipais (todos os Estados participaram online e a avaliação é que as
1365 conferências municipais ocorreram dentro da normalidade; mais de quatro mil municípios já haviam
1366 realizado as suas conferências). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou a sua participação
1367 na Conferência do Distrito Federal e destacou a sua preocupação com o relato de delegados que se
1368 sentiram pressionados na plenária final para votação de propostas. A Secretaria Executiva do CNS,
1369 **Rozângela Fernandes Camapum**, avaliou que o debate da Conferência do Distrito Federal foi
1370 acalorado e o processo fechou com sucesso cumprindo as orientações – votação do relatório e
1371 eleição dos delegados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** relatou que, junto com outros
1372 conselheiros, participara da Conferência Estadual de São Paulo e destacou as dificuldades
1373 enfrentadas para a realização dessa etapa, dentre elas a ausência da gestão (o movimento social fez
1374 a Conferência acontecer). Em que pese as dificuldades, disse que os debates foram importantes, mas
1375 houve problemas com o processo de votação eletrônica. Registrhou a presença na Conferência do
1376 Ministro da Saúde, da conselheira Eliane Cruz, da conselheira Marisa Furia, da conselheira Fernanda
1377 Magno, do conselheiro Arnaldo Marcolino e do conselheiro Pedro Tourinho. Conselheiro **Pedro**
1378 **Tourinho** destacou como ponto importante da Conferência Estadual de São Paulo a construção da
1379 carta de Serra Negra, um texto político que expressa o espírito da conferência. Diante das dificuldades
1380 e da tentativa de desconstrução, afirmou que a realização da Conferência representa uma vitória para
1381 o movimento social e popular, para a gestão comprometida com o SUS e para os profissionais
1382 defensores do Sistema. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** acrescentou que antes da Conferência
1383 Estadual de SP foi realizada plenária e foi construída carta que serviu de subsídio para debate na
1384 Conferência. Reiterou ainda a atuação do movimento social que articulou e conseguiu garantir a
1385 realização da Conferência. Conselheira **Jurema Werneck**, em nome do CNS, parabenizou o
1386 movimento social de São Paulo pelo sucesso da Conferência. Conselheiro **Wilson Valério Lopes**
1387 relatou que a Conferência do Rio Grande do Sul ocorreu de 1º a 4 de setembro, com a participação e
1388 contribuição da gestão e presença do Ministro da Saúde na abertura. Registrhou que 370 dos 496
1389 municípios do Rio Grande do Sul participaram da Conferência Estadual e o saldo foi positivo.
1390 Conselheiro **José Wilton da Silva** informou que 112 municípios de Alagoas realizaram conferências
1391 municipais, resultado da mobilização do CES/AL e da Plenária. Disse que os pontos mais discutidos
1392 foi a terceirização, acesso à saúde, dependência financeira dos conselhos. Por fim, disse que a
1393 Conferência Estadual de Alagoas será realizada nos dias 26, 27 e 28 de setembro de 2011.
1394 Conselheiro **Clóvis Boufleur** manifestou preocupação com a ausência da mídia local nas
1395 conferências estaduais e sugeriu que a equipe de comunicação do CNS faça um planejamento de
1396 mídia para divulgar as próximas Conferências Estaduais e fazer reverberar na sociedade. Após essas
1397 considerações, Conselheira **Jurema Werneck** procedeu à apresentação da proposta de regulamento
1398 da 14ª CNS, apreciada e consensuada na Comissão Organizadora da 14ª CNS. A metodologia de
1399 apreciação foi leitura e destaques ao texto. A proposta de Regulamento é a seguinte: "CAPÍTULO I –
1400 FINALIDADE - Artigo 1º - Este Regulamento define as regras de funcionamento e programação da
1401 Etapa Nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde – 14ª CNS, convocada pelo Decreto
1402 Presidencial de 3 de março de 2011, com Regimento aprovado na 218ª Reunião Ordinária do
1403 Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 17 de fevereiro de 2011. CAPÍTULO II – ORGANIZAÇÃO -
1404 Artigo 2º - Nos termos do seu Regimento, a Etapa Nacional da 14ª CNS terá a seguinte organização: I
1405 - Mesas Redondas; II - Plenárias: Plenária de Abertura; Plenária Final; III - Grupos de Trabalho.
1406 CAPÍTULO III – TEMÁRIO. Artigo 3º - Nos termos do seu Regimento, a 14ª CNS tem como tema
1407 central: "TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA,
1408 PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO", por meio do eixo: "Acesso e Acolhimento com Qualidade -
1409 Um desafio para o SUS", e os seguintes itens: a) política de saúde na seguridade social, segundo os
1410 princípios da integralidade, universalidade e equidade; b) participação da comunidade e controle
1411 social; e c) gestão do SUS, com ênfase no financiamento; pacto pela saúde, relação do público com o
1412 privado; gestão do sistema, do trabalho e da educação em saúde. § 1º - O tema e o eixo da 14ª CNS,
1413 bem como outros diálogos temáticos a serem definidos pela Comissão Organizadora, serão discutidos
1414 em Mesas Redondas, com coordenação, secretaria e a participação de expositores, indicados pela
1415 Comissão Organizadora e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, assegurando o debate com
1416 os delegados e convidados. DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS. Artigo 4º - Nos termos do seu
1417 Regimento, serão consideradas instâncias deliberativas no âmbito da 14ª Conferência Nacional de
1418 Saúde: I. Plenária de Abertura; II. Grupos de Trabalho; e III. Plenária Final. § 1º - Nos termos do
1419 Regimento Interno da 14ª CNS, participarão das instâncias deliberativas os delegados com direito a
1420 voz e voto e os convidados com direito a voz. §2º - A 14ª CNS contará com um Ato Público a ser
1421 realizado no dia 30/12/11, das 14h às 17h e um Ato Político de abertura da Conferência, a ser
1422 realizado no dia 1º de dezembro de 2011, das 9h às 11h. § 3º A Plenária de Abertura terá como
1423 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 - Participarão 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, encerrase 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 Secretaria 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 Secretaria 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 Secretaria 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 Secretaria 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 defuisse 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**

1619 tempo previsto na programação devendo o número de inscritos ser de acordo com este
1620 tempo”; e explicar no art. 2º do Regulamento os momentos da 14ª CNS: Conferência, mesas
1621 redondas, diálogos temáticos, plenárias e grupos de trabalhos. Art. 6º, § 2º: O tempo máximo
1622 para cada manifestação será de até 2 (dois) minutos improrrogáveis. Conselheiro Abrahão Nunes da
1623 Silva defendeu que o tempo máximo para cada intervenção fosse de três minutos. Após
1624 manifestações, o Pleno decidiu que o tempo máximo para cada intervenção será de até três
1625 minutos: “§ 2º - O tempo máximo para cada manifestação será de até três (três) minutos
1626 improrrogáveis, com prioridade para os inscritos pela primeira vez”. Art. 11, § 3º - Sempre que 2
1627 (dois) ou mais delegados destacarem a mesma Diretriz ou Proposta, a Mesa Coordenadora dos
1628 Trabalhos, após as apresentações dos argumentos dos delegados para seus respectivos destaques,
1629 solicitará que se articulem para viabilizar redações de consenso. Caso isso não seja possível, então
1630 serão apresentadas ao GT as duas ou mais Diretrizes ou Propostas, derivadas da original, que consta
1631 do Relatório Consolidado das Etapas Estaduais e do Distrito Federal, cujas redações explicitarão
1632 claramente o(s) núcleo(s) de divergência entre elas. A proposta original será mantida no processo de
1633 votação. Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu a exclusão do § 3º, porque pode gerar dúvidas.
1634 Deliberação: aprovada a supressão do § 3º do art. 11. Art. 12, § 1º: Os destaques serão de
1635 supressão total do texto. Conselheira Rosangela da Silva Santos sugeriu o seguinte adendo ao § 1º
1636 do art. 12: “em conformidade com o art. 4º, § 4º, V”. Deliberação: aprovado adendo ao § 1º do Art.
1637 12 e a redação passa a ser a seguinte: “§ 1º - Os destaques serão de supressão total do texto,
1638 em conformidade com o art. 4º, § 4º, V”. Artigo 12: As Diretrizes e Propostas que não receberem
1639 destaque durante a leitura serão consideradas aprovadas. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt
1640 destacou este artigo para salientar que é preciso cuidado no caso de supressão de diretrizes, visto
1641 que cada uma desta contempla uma série de propostas. Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu incluir
1642 adendo, esclarecendo que a supressão de diretriz não implica na exclusão das propostas apensadas
1643 a ela. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt levantou a possibilidade de excluir esse artigo. A
1644 Secretaria Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, defendeu a manutenção do artigo
1645 12 nos termos propostos. Conselheiro Abrahão Nunes da Silva explicou que, ao excluir uma diretriz,
1646 todas as propostas contempladas nela são excluídas. A seguir, houve outras manifestações que
1647 evoluíram para a seguinte proposta: incluir Parágrafo Único no art. 12 com a seguinte redação:
1648 “No caso de supressão da diretriz, todas as propostas desta serão suprimidas.” Conselheira
1649 Eliane Aparecida da Cruz disse que a relatoria deverá ser orientada sobre as diretrizes e propostas a
1650 serem contempladas no relatório. Conselheiro Clóvis Boufleur esclareceu que o relatório consolidado
1651 não modificará o mérito das propostas oriundas dos Estados. Conselheira Jurema Werneck explicou
1652 que na próxima reunião do CNS é possível trazer a relatoria da 14ª CNS para esclarecer essa
1653 questão. De todo modo, frisou que a intenção é garantir as propostas oriundas dos Estados. Art. 6º, §
1654 4º: Os(as) delegados(as) e convidados(as) inscritos, que necessitarem, poderão utilizar intérpretes e
1655 linguagem de sinais para sua manifestação nas Mesas Redondas e Plenárias da 14ª CNS. Conselheiro
1656 Volmir Raimondi sugeriu nova redação garantindo uma forma de acessibilidade na
1657 manifestação das pessoas com deficiência”. Deliberação: rever a redação do § 4º, art. 6º na lógica
1658 de garantir uma forma de acessibilidade para manifestação das pessoas com deficiência. Artigo
1659 16: As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos
1660 Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação, e que não estejam
1661 previstas neste Regulamento. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt sugeriu a exclusão do artigo 16,
1662 por considerá-lo desnecessário. Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu manter o artigo com exclusão
1663 do trecho “e que não estejam previstas neste Regulamento”. Deliberação: o Plenário decidiu manter
1664 o art. 16 com exclusão do trecho “e que não estejam previstas neste Regulamento.” Artigo 18:
1665 As sessões da Plenária Final da 14ª CNS serão coordenadas por Mesas Coordenadoras dos
1666 Trabalhos indicadas pela Comissão Organizadora e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde,
1667 integradas por representantes dos usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, de
1668 acordo com a Resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Conselheira Ruth Ribeiro
1669 Bittencourt sugeriu excluir o termo “as sessões”, utilizando apenas “Plenária Final”. Deliberação:
1670 aprovada a supressão do termo “As sessões” do art. 18. Artigo 22, alínea “b”: o(a) proponente
1671 principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como o segmento que
1672 representa. Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt discordou da alínea “b”, por entender que a
1673 proposta de proponente principal inibe a apresentação de moções. Conselheiro Clóvis Boufleur
1674 explicou que a proposta apresentada pela relatoria da 14ª CNS é um formulário para apresentar a
1675 moção, visando ter uma referência no caso de ser necessário buscar o autor para esclarecer dúvidas.
1676 Acrescentou que no Relatório Final da 14ª CNS não aparecerá o nome do proponente principal da
1677 moção. A Secretaria Executiva do CNS, Rozângela Fernandes Camapum, sugeriu manter este item,
1678 assegurando o sigilo do proponente e garantindo que seja de uso exclusivo da relatoria. Conselheira
1679 Ruth Ribeiro Bittencourt reiterou que discorda radicalmente da proposta, visto que é preciso garantir
1680 o sigilo do proponente das moções e sugeriu que o formulário identifique o Estado do proponente e
1681 não o seu nome. Conselheira Maria do Socorro de Souza propôs que a relatoria da 14ª CNS dê as
1682 orientações gerais sobre a elaboração das moções e identifique o proponente. Conselheiro Clóvis
1683 Boufleur salientou que a moção precisa ser identificada, inclusive para evitar o encaminhamento por

1684 outros participantes que não delegados. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que é
1685 preciso resguardar o sigilo dos proponentes da moção. Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a
1686 seguinte proposta: o mecanismo de registro das moções deve proteger o sigilo dos proponentes; e, ao
1687 entregar o texto da moção, a secretaria da 14^a CNS verificará se a moção cumpriu os critérios para
1688 apresentação e fará o registro do proponente da moção. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu
1689 substituir a redação da alínea "b" pelo seguinte texto: "no ato da entrega da moção, o proponente será
1690 identificado pela relatoria". Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** perguntou se o delegado, em
1691 nome da entidade, pode apresentar moção e foi esclarecida que sim. Conselheira **Rosangela da**
1692 **Silva Santos** concordou que é preciso definir um protocolo para apresentação de moção, com
1693 identificação, por meio de código, do "delegado responsável" no lugar de "proponente principal".
1694 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu que não seja obrigatório o preenchimento do campo
1695 "proponente" do formulário de apresentação da moção. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
1696 defendeu a inclusão de alínea assegurando a garantia do sigilo do proponente que assim o desejar.
1697 Conselheiro **Arnaldo Marcolino** explicou que a intenção, ao identificar o proposito da moção, é ter
1698 uma referência para consulta no caso de dúvidas acerca da moção. Conselheira **Rosangela da Silva**
1699 **Santos** sugeriu que haja um código no lugar de contato telefônico do proponente. Conselheiro **Bruno**
1700 **Metre Fernandes** manifestou preocupação com a proposta de garantir o sigilo do proponente da
1701 moção, visto que não cabe imputar à organização da Conferência a responsabilidade pelo sigilo
1702 absoluto do proponente. Na tentativa de vencer este item, a Secretaria Executiva do CNS apresentou
1703 a seguinte sugestão: "§ 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento,
1704 para identificar: a) o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro) – campo obrigatório;
1705 b) o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade federativa, bem como
1706 o segmento que representa - campo opcional – quem desejar, pode deixar contato; c) o(s)
1707 destinatário(s) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida - campo obrigatório; d) o fato ou condição que
1708 motiva ou gera a moção - campo obrigatório; e e) a ação ou providência que se pede e que, portanto,
1709 justifica a moção - campo obrigatório". **Deliberação: aprovada a proposta de redação para "§ 2º do**
1710 **art. 22: "§ 2º - O formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento, para**
1711 **identificar: a) o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro) – campo**
1712 **obrigatório; b) o(a) proponente principal da moção, com nome do(a) delegado e sua unidade**
1713 **federativa, bem como o segmento que representa - campo opcional – quem desejar, pode**
1714 **deixar contato; c) o(s) destinatário(s) da moção, ou seja, a quem ela é dirigida - campo obrigatório; d)**
1715 **o fato ou condição que motiva ou gera a moção - campo obrigatório; e) a ação ou providência que**
1716 **se pede e que, portanto, justifica a moção - campo obrigatório".** Conselheira **Rosangela da Silva**
1717 **Santos** sugeriu nova redação para a alínea "d", com a junção das alíneas "d" e "e", sendo: "o fato ou
1718 condição que motiva ou gera a moção e a ação ou providência referente ao pleito". **Deliberação:**
1719 **aprovada nova redação para a alínea "d" do § 2º do art. 22: "o fato ou condição que motiva ou**
1720 **gera a moção e a ação ou providência referente ao pleito". Artigo 26: O credenciamento dos (as)**
1721 **convidados (as) será realizado no dia 30 de novembro de 2011, de 12 horas às 18 horas, e no dia 1º**
1722 **de dezembro de 2011, de 8 horas às 18 horas.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu a inclusão de um
1723 artigo informando a possibilidade de credenciamento de visitantes, no dia 30 de novembro. **A**
1724 **proposta não foi acatada, vez que o Regimento não prevê a figura de visitante.** Concluída a
1725 apreciação dos destaques, Conselheira **Jurema Werneck** colocou em votação a proposta de
1726 Regulamento da 14^a CNS. **Deliberação: aprovado o Regulamento da 14^a CNS com as sugestões**
1727 **dos conselheiros.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** perguntou quais seriam as alterações no Regimento
1728 Interno de acordo com o Regulamento da 14^a CNS, que fora aprovado. A Secretaria Executiva do
1729 CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que as mudanças no Regimento Interno serão as
1730 seguintes: redução do número de Grupos de Trabalho – de 20 para 17; e quorum para aprovação de
1731 propostas - aprovação de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos votos mais um, em pelo menos
1732 nove Grupos de Trabalho para compor o Relatório Final. Conselheiro **Pedro Tourinho** aproveitou para
1733 registrar, com pesar, a aprovação do Projeto de Lei que autoriza a criação de OSs no município de
1734 João Pessoa. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu retomar o debate desse ponto em outra
1735 oportunidade. Na sequência, Conselheira **Jurema Werneck** apresentou a proposta de convidados
1736 nacionais e internacionais para a 14^a Conferência Nacional de Saúde - Regimento Interno da 14^a
1737 CNS: "Art. 30 - Serão convidados para a 14^a Conferência Nacional de Saúde: I. Representantes de
1738 órgãos, entidades, instituições nacionais e internacionais; II. Personalidades nacionais e
1739 internacionais, com atuação de relevância na área de saúde e setores afins; III. Movimentos Sociais. §
1740 1º Os convidados para a Conferência Nacional terão percentual de até 15% (quinze por cento) do total
1741 de delegados da 14^a Conferência Nacional de Saúde. § 2º O Conselho Nacional de Saúde definirá os
1742 convidados da 14^a Conferência Nacional de Saúde. § 3º As inscrições dos convidados deverão ser
1743 enviadas ao Comitê Executivo até 8 de novembro de 2011. 1 – Total de convidados: 498. Vagas de
1744 convidados nacionais: I. Duas (2) vagas para cada entidade nacional de usuários, trabalhadores e
1745 prestadores com representação no Conselho Nacional de Saúde (170 vagas – Tabela Anexa 1). II. 60
1746 vagas para o Ministério da Saúde e Governo Federal. III. 27 vagas para CONASS. IV. 26 vagas para
1747 CONASEMS. V. 108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde, sendo 4 vagas para cada estado,
1748 com indicação de entidades, instituições e movimentos sociais de caráter estadual. VI. 18 vagas para

1749 Conselhos Nacionais de Políticas Públicas. 1. Conselho das Cidades. 2. Conselho Nacional de
1750 Assistência Social. 3. Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. 4. Conselho Nacional de Combate
1751 à Discriminação. 5. Conselho Nacional de Educação. 6. Conselho Nacional de Previdência Social. 7.
1752 Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. 8. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e
1753 Nutricional. 9. Conselho Nacional de Meio Ambiente. 10. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e
1754 do Adolescente. 11. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. 12. Conselho Nacional dos Direitos da
1755 Pessoa Portadora de Deficiência. 13. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. 14. Comissão
1756 Nacional de Política Indigenista. 15. Conselho Nacional de Justiça. 16. Conselho Nacional de
1757 Juventude. 17. Conselho Nacional de Defesa Civil. 18. Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural
1758 Sustentável. VII. 60 vagas para representantes de entidades, instituições e movimentos sociais. VIII –
1759 25 vagas para os Poderes Legislativo, Judiciário, Executivo Federal e Ministério Público: a) 12 vagas
1760 para MPF e MPE; b) 13 vagas para os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário Federal. 2 -
1761 Convidados Internacionais: a) Representantes de órgãos, entidades e instituições internacionais; b)
1762 Personalidades internacionais, com atuação de relevância na área da saúde e setores afins.” A
1763 Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que são quatro vagas para
1764 convidados internacionais e, considerando a impossibilidade de contemplar todos os conselhos, a
1765 Comissão Organizadora da 14ª CNS sugeriu aqueles com maior proximidade com a saúde. No caso
1766 de sugestão de novos convidados, disse que será necessário remanejar as vagas atuais, visto que
1767 não é possível ampliar as vagas. **Manifestações.** Conselheira **Rosangela da Silva Santos** retificou
1768 que a expressão é “Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência” e não mais “Conselho
1769 Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência”. Conselheira **Júlia Maria Roland**
1770 recuperou que a Comissão Organizadora da 14ª CNS apontou a importância da participação dos
1771 Conselhos Nacionais de Comunicação, de Esportes e de Cultura. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1772 **Bittencourt** sugeriu contemplar esses conselhos nas vagas de convidados internacionais.
1773 Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que esses conselhos fiquem como suplentes e sejam
1774 contemplados com eventuais vagas remanescentes (conselhos que não indicarem representante).
1775 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu a ampliação de vagas, caso seja necessário, para
1776 contemplar os pleitos e também propôs que a comissão organizadora avalie os pedidos das entidades
1777 para participar da conferência. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1778 explicou que a Comissão Organizadora da 14ª CNS avaliou as demandas para participar da
1779 Conferência e respondeu às pessoas físicas que não é possível participar, com orientação para
1780 acompanhar em tempo real e orientou às entidades nacionais que apresentaram demandas a procurar
1781 os fóruns para participar da eleição de delegados. Também manifestou preocupação com a ampliação
1782 das vagas para os convidados, lembrando que o local não comporta mais participantes. Conselheira
1783 **Maria do Socorro de Souza** defendeu que a Comissão Organizadora da 14ª CNS avalie as
1784 demandas para participar da Conferência na lógica de serem contempladas em eventuais vagas
1785 remanescentes. Também lembrou que o movimento social possui forma distinta de organização e
1786 muitas representações não possui caráter de entidade nacional. Nessa linha, salientou que é preciso
1787 definir critério político de participação do movimento social. Conselheira **Jurema Werneck** lembrou
1788 que o Regimento Interno da 14ª CNS prevê a participação de movimentos sociais. Conselheira **Maria**
1789 **de Lourdes Rodrigues**, primeiro, ressaltou que é preciso socializar as demandas de participação na
1790 etapa nacional da 14ª CNS. Segundo, sugeriu a definição de um critério geral de participação a ser
1791 seguido pela Comissão Organizadora da 14ª CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou o item 1
1792 para retificar que não se trata de “Vagas de convidados nacionais” e sim “Vagas de convidados para
1793 etapa nacional”. **A retificação foi acatada.** Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** sugeriu
1794 remeter à Comissão Organizadora da 14ª CNS a avaliação das demandas e possibilidade de
1795 redistribuição das vagas. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** sugeriu incluir no item “V. 108 vagas
1796 para os Conselhos Estaduais de Saúde” o seguinte adendo “garantido o critério da paridade
1797 (Resolução nº. 333)”. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que, ao discutir a importância
1798 de redefinir o modelo das conferências, acordou-se que seriam destinadas vagas para convidados,
1799 visando trazer representantes dos estados para a etapa nacional. Concluídas as intervenções,
1800 Conselheira **Jurema Werneck** listou os encaminhamentos: 1) no item “V. 108 vagas para os
1801 Conselhos Estaduais de Saúde (...)", incluir o adendo “garantido o critério da paridade (Resolução nº.
1802 333)”; 2) aprovar a proposta de convidados nacionais e internacionais para a 14ª Conferência
1803 Nacional de Saúde e delegar à Comissão Organizadora da 14ª CNS a avaliação das demandas e a
1804 possibilidade de redistribuição das vagas, em especial no que se refere aos movimentos sociais.
1805 **Deliberação: aprovado a proposta de convidados nacionais e internacionais para a 14ª CNS**
1806 **com o adendo ao item V “108 vagas para os Conselhos Estaduais de Saúde (...)"**, de forma a
1807 garantir o critério da paridade (Resolução nº. 333) na indicação dos nomes. A Comissão
1808 Organizadora da 14ª CNS avaliará as demandas de participação na etapa nacional da 14ª CNS e a
1809 possibilidade de redistribuição das vagas em especial no que se refere aos movimentos sociais.
1810 Segundo, a Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, explicou que, diante do
1811 avançado da hora, não seria possível apresentar a Análise das Deliberações das 12ª e 13ª
1812 Conferências Nacionais de Saúde. Assim, o CD com a pesquisa seria distribuído aos conselheiros e a
1813 apresentação feita em outra oportunidade. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ressaltou a

1814 importância de avaliar a pesquisa e registrou a sua indignação com o fato de o Grito da Terra não
1815 aparecer como sujeito na pesquisa. Solicitou que a pesquisa seja pauta da próxima reunião do CNS ,
1816 dada a necessidade de melhorar esse instrumento. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
1817 discordou da análise das deliberações das 12^a e 13^a Conferências Nacionais de Saúde, visto que não
1818 reflete os debates sobre saúde da mulher realizados nesses fóruns e ressaltou que é necessário
1819 debater o estudo antes da 14^a CNS. Conselheira **Jurema Werneck** explicou que a pesquisa refere-se
1820 às deliberações da 12^a e 13^a Conferências, mas entendeu que é necessário visibilizar aspectos
1821 políticos. Destacou que a pesquisa foi concluída, mas esse tema será retomado para verificar o que
1822 pode ser melhorado para as próximas pesquisas, inclusive a metodologia. Conselheira **Maria do**
1823 **Socorro de Souza** destacou que, além da população do campo e floresta, outras questões não foram
1824 contempladas na análise. A Secretaria Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**,
1825 explicou que a pesquisa encerrou-se e o resultado foi encaminhado aos CESs, CMSs, SESs, SMSs,
1826 Ministérios e órgãos públicos. Afirmou, inclusive, que os pesquisadores elaboraram o produto
1827 solicitado – análise das deliberações da 12^a e da 13^a Conferências, avaliando se foram visibilizadas
1828 total, parcial ou não viabilizada. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou que a metodologia
1829 da pesquisa não expressa a concepção construída e, além disso, não avançou na avaliação acerca da
1830 implantação das deliberações. Desse modo, por se tratar de uma análise das deliberações, salientou
1831 que é inadmissível não explicitar os sujeitos e dimensões do controle social. Conselheira **Jurema**
1832 **Werneck** encaminhou no sentido de retomar esse tema no CNS e dar os encaminhamentos às
1833 questões colocadas. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Reiniciando, procedeu-
1834 se ao item 10 da pauta. **ITEM 10 – AVALIAÇÃO DA TRIAGEM NEONATAL E EFETIVIDADE DA**
1835 **ATENÇÃO À DOENÇA FALCIFORME** - Apresentação: **Joice Aragão de Jesus**, coordenadora do
1836 Programa Nacional de Doença Falciforme/MS; Conselheiro **Arnaldo Marcolino Silva Filho**,
1837 Coordenador-adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN; **Altair Lira**,
1838 da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL.
1839 Coordenação: Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira
1840 expositora foi a coordenadora do Programa Nacional de Doença Falciforme/MS, **Joice Aragão de**
1841 **Jesus**, que falou da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.
1842 Explicou que o Programa está contemplado na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados –
1843 CGSH/DAE/SAS e a equipe é composta por Silma Maria Melo, Carmen Solange Franco e Margareth
1844 Alves. Registrhou que a atenção integral às pessoas com doença falciforme é um compromisso com o
1845 direito à saúde de todos e todas e que a doença falciforme é uma das questões inerentes à saúde da
1846 população negra. Citou a fala de Maria Inês Barbosa que explicita os princípios norteadores do
1847 Programa: “Uma política de saúde voltada para a população negra, se assenta no perfil
1848 epidemiológico que é marcado por singularidades, quer do ponto de vista genético, como das
1849 condições de vida que geram diferenças no processo de adoecimento, cura e morte. A consolidação
1850 do SUS só será efetivamente realidade quando esta política for acessível a todos os brasileiros e
1851 brasileiras, considerando as singularidades deste povo”. Sobre a doença falciforme, explicou que se
1852 trata de uma doença genética e hereditária decorrente da alteração (mutação) sofrida pelo código
1853 genético (GENE) responsável pelas hemácias, fazendo com que os glóbulos vermelhos percam
1854 sustentabilidade e vivam menos e com facilidade percam a forma redonda e assumam a forma de
1855 foice. Detalhou que a pessoa que receber no espermatozóide do pai e no óvulo da mãe o gene
1856 alterado terá o par do seu código genético para hemácias alterado e terá a doença. Se receber
1857 apenas um gene do pai ou da mãe alterado terá apenas o traço falciforme e, portanto, não terá a
1858 doença. Acrescentou que, se duas pessoa com traço Falciforme, portanto sem doença, procriarem
1859 terão a chance de ter filhos com traço ou com doença ou sem nenhum gene alterado. Disse que a
1860 origem da mutação foi no continente africano, portanto, a população do Brasil, constituída de povos
1861 oriundos da África, tem uma forte presença da doença. Ressaltou que há um embaixador do Brasil
1862 em Benim e uma equipe multiprofissional com a qual fora realizado encontro que resultou em mais
1863 uma cooperação internacional do Brasil com a África voltada à triagem de doença falciforme. Citou
1864 alguns dados da Doença Falciforme na África, com destaque para: Nigéria - 5.362.500, sendo 86.000
1865 crianças com doença falciforme; Congo - 2.715.000; e Angola - 722.80. Ressaltou que são
1866 500.000/ano nascimentos de crianças com doença falciforme e o percentual de letalidade é alto,
1867 sendo: taxa de letalidade de 80% de crianças até 5 anos de idade, sem cuidados de saúde; com
1868 cuidados de saúde a taxa é de 1,8% (a vida média é de 45 anos); e gestantes durante o parto sem
1869 cuidados de saúde a taxa é de 50% e a taxa daquelas com cuidado é de 2%. Explicou que é
1870 consenso mundial a importância do diagnóstico precoce, visto que não há atenção de qualidade em
1871 doença falciforme se não houver diagnóstico precoce (todos os especialistas do mundo). Diante disso,
1872 disse que, em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Triagem Neonatal
1873 composto de três fases: Fase I - Hipotireoidismo e fenilcetonúria; Fase II Hemoglobinopatias (incluída
1874 a doença falciforme); e Fase III Fibrose Cística. Explicou que esse processo é feito por adesão do
1875 Estado e o Ministério da Saúde financia o Programa. Sobre a incidência da Doença Falciforme nas
1876 Unidades Federadas, disse que nascem no Brasil cerca de 3.000 crianças/ano com a doença
1877 falciforme ou 1/1.000 nascidos/vivos, sendo: BA - 1:650; MA - 1:1400; PE - 1:1400; GO - 1:1800; MG -
1878 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 CISPN/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 falciforme”: “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 doenças 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 tarde 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 falsemias. 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 quanto 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 **María 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**

2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073

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 para 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 explanações 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 **Arilson 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 Bitencourt** 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 aprovem resoluções 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 CISPN; 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 Saúda da Família. Conselheiro **José Carrijo Brom** lamentou que a Portaria não fora discutida no CNS e discordou de medidas paleativas que não resolvem os problemas estruturais do SUS. Registrhou 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. Concordou 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

2204 governo deve ter a coragem de criar universidades públicas, com caráter social, para formar alunos
2205 das escolas públicas nos rincões do país e resolver a questão do provimento de profissionais.
2206 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** reiterou o apelo por uma equipe multiprofissional para
2207 atender na ponta e salientou que é preciso debater as alternativas com a população, inclusive para
2208 saber como deve funcionar na ponta. Denunciou a situação de Cárcere/MT onde a população precisa
2209 enfrentar filas na madrugada para conseguir uma ficha de atendimento (o número de atendimentos é
2210 definido pelo profissional de saúde). Salientou que a população deve ter um mecanismo de cobrança
2211 e fiscalização da carga horária dos profissionais da ESF. Por fim, ressaltou que é preciso retomar esse
2212 debate no CNS sob outra lógica. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** fez uso da palavra para
2213 registrar a sua indignação com a publicação da Portaria, que desvirtua a ideia de equipe de saúde da
2214 família e apelou ao Ministério da Saúde que suspenda esse instrumento e debata com a sociedade.
2215 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** recuperou que essa proposta foi debatida em 2004 e o CNS
2216 manifestou-se contra. Disse que a Portaria foi publicada sem que o CNS sequer fosse informado e
2217 destacou outras normas publicadas sem o conhecimento do Colegiado como o Decreto nº. 7.508/11;
2218 Portaria nº. 2.087; Portaria nº 2.029 (institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS); e Política "Saúde
2219 não tem Preço". Diante disso, perguntou qual é o papel do CNS. Sobre Portaria nº 2.027/11, ressaltou
2220 que novamente o Ministério da Saúde tenta enfrentar o problema do SUS por um atalho mais fácil.
2221 Frisou que os médicos se negam a trabalhar na rede pública porque estão trabalhando na rede
2222 privada conveniada ao SUS que é mais lucrativa, visto que o pagamento é feito por procedimento.
2223 Afirmou que a Portaria compromete a Estratégia Saúde da Família, penalizando municípios que
2224 cumprem a regra de jornada de trabalho dos médicos de 40h. No mais, ressaltou que os médicos
2225 formados em Cuba têm interesse em trabalhar no PSF e a proposta não é viabilizada. Por fim, apelou
2226 ao CNS para que se manifeste contra a Portaria. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou que
2227 provimento e fixação deve ser o foco de debate do CNS durante a apreciação do Plano Nacional de
2228 Saúde e estas questões merecem destaque no Plano. Também informou que um GT do Ministério da
2229 Saúde está debatendo a proposta de regulamentação da jornada de 30h para os enfermeiros e
2230 destacou que o setor privado é o que apresenta maior resistência a esse respeito. Relatou a situação
2231 do Distrito Federal onde não é possível obter profissionais na rede e nos planos de saúde e a saída é
2232 o pagamento pelos serviços. Além disso, lembrou que o DF possui uma das piores situações de
2233 acesso à saúde do Brasil. No mais, salientou que a forma de provimento e fixação pesa na definição
2234 da equipe. Por fim, avaliou que o Decreto nº. 7.508 contribuirá para resolver essa situação.
2235 Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** ressaltou que é preciso considerar nesse debate a dificuldade
2236 de prover e fixar profissionais médicos nos pequenos municípios e a impossibilidade de fazer
2237 atendimento na ESF sem médico na equipe. Na sua avaliação, deve haver regras de transição entre o
2238 que é real e possível e o que se defende como ideal e, nesse sentido, defendeu a definição de prazo
2239 para esse processo de transição e de condicionantes para resolver a situação. Por fim, defendeu que
2240 suspender a Portaria significa privar determinados locais do país de ter profissional médico na ESF.
2241 Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou que nesse ano o CNS tem debatido temas relevantes para
2242 estruturação do SUS e, portanto, o Colegiado cumpre o seu papel e encara questões de fundo.
2243 Avaliou que a Portaria é uma medida para responder a uma questão real e concreta e, nesse sentido,
2244 disse que o CNS deve acompanhar a sua implementação e avaliar os resultados, verificando se
2245 cumpriu os seus objetivos; se não, deve-se modificar a estratégia. Salientou que medidas estratégicas
2246 foram discutidas no CNS, mas não é possível discutir as táticas. Conselheira **Ruth Ribeiro**
2247 **Bittencourt** iniciou a sua fala manifestando a sua insatisfação com o fato desse ser o último ponto da
2248 pauta. Considerando que a proposta é de mérito e não tática, defendeu a suspensão da Portaria e
2249 debate com o CNS, na próxima reunião, junto com as outras portarias publicadas sem a manifestação
2250 do Conselho. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** também registrou a sua insatisfação com a
2251 proposta que privilegia uma categoria profissional da saúde e lembrou, inclusive, que são quase 1.200
2252 municípios brasileiros sem cirurgião-dentista e nada é feito para resolver essa situação. Na sua
2253 avaliação, a Portaria é um equívoco e avaliou que, no mínimo, deveria ter sido feito estudo mostrando
2254 que a flexibilização de carga horária pode resolver a situação de provimento de profissionais. Por fim,
2255 reiterou a proposta de suspensão da Portaria e debate no CNS. Conselheira **Ana Estela Haddad**
2256 destacou na sua fala, dentre outras questões, que foi realizado seminário nacional sobre escassez,
2257 provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e maior vulnerabilidade, que contou
2258 com a participação de conselheiros do CNS, e os resultados deste nortearam também a elaboração
2259 da proposta. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Gestão da Atenção Básica - DAB/SAS/MS,
2260 **Aristides de Oliveira**, iniciou a sua fala reiterando que a ESF com um médico cumprindo jornada de
2261 20 horas é transitória e não ideal e a Portaria determina um limite por municípios de equipes com essa
2262 característica. Ressaltou que se trata de um problema complexo e a Portaria é uma das estratégias
2263 para tentar resolver a questão do provimento. Frisou que a proposta não dialoga com as necessidades
2264 de uma categoria profissional, mas sim com uma realidade concreta do SUS. Explicou que a intenção
2265 é combater questões como competição entre profissionais, falta de integralidade e dificuldade de
2266 acesso. Salientou que a população está desassistida porque não há profissional formado em
2267 quantidade e qualidade suficiente e o gestor municipal vê-se obrigar a aceitar certas condições e é
2268 descredenciado, deixando de receber recursos. Salientou que é preciso adotar estratégias distintas

2269 para trabalhar com realidades diferentes do país e são necessários estudos aprofundados que estão
2270 sendo feitos. Contudo, disse que há estudos e que foi realizado seminário sobre escassez, provimento
2271 e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e maior vulnerabilidade. Também destacou que
2272 o DAB/SAS/MS tem tido grande preocupação com a qualificação do cuidado e o Programa de
2273 Melhoria da Qualidade é uma das estratégias para chamar as equipes para o debate. Disse que estão
2274 sendo realizadas oficinas nos estados para discutir com os gestores estaduais e municipais a
2275 implantação do Programa, visando qualificar, contratualizar meta. Disse que entende a posição do
2276 CNS sobre a forma como se deu o processo, mas defendeu o mérito da Portaria e das demais ações
2277 que a complementam. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para debate em
2278 outras oportunidades. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** passou aos encaminhamentos e colocou
2279 em votação as propostas: **1) Favoráveis à suspensão da Portaria – 7 votos; e 2) Contrários à**
2280 **suspensão da Portaria – 12 votos. Seis Abstenções. Deliberação: o Pleno decidiu com doze**
2281 **votos favoráveis, sete votos contrários e seis abstenções não solicitar a suspensão da Portaria**
2282 **nº. 2.027/11.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou que se absteve da votação para
2283 declarar que vários setores do Ministério da Saúde discordam dessa proposta, dada a polêmica do
2284 seu mérito. Além disso, destacou que a publicação da Portaria gerou um movimento de repulsa pelo
2285 país e comprometeu-se a fazer o embate contra a proposta no CNS. Destacou que cumpriu o seu
2286 compromisso, mas o CNS não percebeu o que está em jogo nesse debate. Conselheiro **Alcides Silva**
2287 **de Miranda** declarou que se absteve da votação para registrar a sua posição de que as portarias do
2288 Ministério da Saúde devem ser discutidas de forma ampla e previamente no CNS. Conclamou aos que
2289 tem posição favorável a mediações estratégicas a dialogarem com aqueles com experiência em linha
2290 de frente de serviço de atenção primária, visto que não é possível garantir acesso sem intermediação
2291 estratégica, desde que haja delimitação. Diante do resultado da votação, conselheiro **José Marcos de**
2292 **Oliveira** colocou em apreciação a proposta de retomar o debate da Portaria nº. 2.027/11,
2293 considerando, inclusive, o Decreto nº. 7508/11. **Deliberação: o Pleno decidiu, por consenso,**
2294 **retomar o debate da Portaria nº. 2.027/11 no CNS, considerando, inclusive, o Decreto nº.**
2295 **7.508/11.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou qual será a posição do CNS acerca dos
2296 instrumentos jurídicos, publicados pelo Ministério da Saúde, sem o conhecimento do CNS. **A esse**
2297 **respeito, acordou-se que será pautado debate no CNS sobre instrumentos legais do Ministério**
2298 **da Saúde publicados sem debate prévio com o CNS.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
2299 agradeceu o convidado e encerrou a discussão deste item. Conselheiro **Arcolino Marcolino** solicitou
2300 pauta no CNS para tratar do Programa de Álcool e Drogas. Esse tema será incluído nos itens a serem
2301 pautados no CNS. Em seguida, a mesa retomou as pendências. A Secretaria Executiva do CNS,
2302 **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que a proposta de Resolução e as três moções foram
2303 adiadas para a próxima reunião, devido ao adiantado da hora. **Informes da SE/CNS.** **A –**
2304 **RELATÓRIO DO SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SERVIÇO CIVIL EM SAÚDE E SOBRE AS**
2305 **DEMANDAS JUDICIAIS NO ÂMBITO DO SUS.** Prazo para Manifestação à SE/CNS: 25 de setembro
2306 de 2011. A Secretaria Executiva do CNS explicou que o relatório possui divergências em relação às
2307 propostas e à agenda política do CNS, em especial no que diz respeito à proposta de serviço civil.
2308 Assim, perguntou se o relatório deve ser publicado ou retornar ao CNS para avaliação. **O Pleno**
2309 **decidiu que o relatório deve ser publicado.** **B – INFORME DO SETOR DE PASSAGENS.** Portaria
2310 nº 505, de 29 de dezembro de 2009. A Secretaria Executiva do CNS falou da dificuldade de conseguir
2311 funcionários para setor devido problemas de relacionamento dos conselheiros com os servidores. A
2312 esse respeito, acordou-se que a Mesa Diretora do CNS será mediadora para receber denúncias dos
2313 funcionários. Esse informe será repetido na próxima reunião do CNS. **C- INFORME LEGISLATIVO:**
2314 **COMISSÃO GERAL PARA DISCUTIR A REGULAMENTAÇÃO DA EMENDA 29.** Data: 20 de
2315 setembro de 2011. Local: Câmara dos Deputados, Brasília/DF. Horário: ainda não divulgado.
2316 Convocação: Presidente da Câmara, Marco Maia. Objetivo: Conhecer o impacto que a EC 29 terá em
2317 cada um dos estados. Convidados para o debate: Ministro da Saúde, representantes da área
2318 financeira do governo federal, prefeitos, governadores e dirigentes de entidades da sociedade civil
2319 ligadas ao setor. **Informes de conselheiros a) SEMINÁRIO EM DEFESA DO SUS E CONTRA A**
2320 **PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE.** Apresentação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior.** 1^a Mesa: A
2321 Construção do SUS e o revisionismo do modelo de Estado. 2^a Mesa: O direito à saúde ameaçado pela
2322 privatização. Data: 29 de setembro de 2011. Horário: 14h às 20h. Local: Recife. Inscrições:
2323 coordenacao@frentecontraprivatizacaope.com.br. Realização: Frente Pernambucana Contra a
2324 Privatização da Saúde: <http://www.frentecontraprivatizacaope.com.br>. Encaminhamento: divulgar
2325 essas atividades em defesa do SUS e contra a privatização. **b) DIA MUNDIAL DA DOENÇA DE**
2326 **ALZHEIMER – 21 de setembro. c) DEMANDAS DA COMISSÃO LGBT.** Encaminhamento: pautar
2327 as demandas da Comissão na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS. **e) TERAPIA**
2328 **NUTRICIONAL.** Encaminhamento: pautar debate no CNS sobre o tema. Também houve registro
2329 sobre divergência nos valores das diárias pagas aos conselheiros e acordou-se que a SE/CNS
2330 verificará essa questão. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** solicitou o envio da Resolução do
2331 CFESS aos conselheiros, para conhecimento e divulgação. Também informou que o Congresso da
2332 Rede Unida está sendo precedido de seminários regionais e participara dos realizados em Porto
2333 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 225^a 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. Boufleur, Edmundo Dzuawi Omoré,*
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 Catanoce, 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 Cesar*
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