



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos nove e dez dias do mês de novembro de dois mil e onze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Sétima Reunião Ordinária do CNS. Iniciando a reunião, conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. No início dos trabalhos, conselheira **Maria do Espírito Santo** solicitou que o Plenário autorizasse a mudança de data da Reunião Ordinária do mês de dezembro, para não coincidir com a Conferência Nacional dos Direitos das Mulheres, a realizar-se no dia 14 de dezembro de 2011. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a realização da reunião do CNS do mês de dezembro nos dias 8 e 9, tendo em vista a realização da Conferência Nacional da População LGBT no dia 15 de dezembro. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou que de 7 a 10 de dezembro será realizada a Conferência Nacional de Assistência Social. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que a Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro foi marcada, inicialmente, para os dias 7 e 8 de dezembro, contudo, alguns conselheiros manifestaram a impossibilidade de permanecer em Brasília no período de 30 de novembro a 8 de dezembro, por conta da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da Reunião do CNS. Diante dessas ponderações, o coordenador da mesa colocou em votação as duas propostas: 1) manter a data da Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro nos dias 7 e 8; ou 2) modificar a data da Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro para os dias 14 e 15. **A proposta 1 recebeu quatro votos. A proposta 2 recebeu dezenove votos. Deliberação: o Plenário decidiu, por maioria, transferir a Reunião Ordinária do CNS de dezembro para os dias 14 e 15, por conta da 14ª CNS.** A Secretária Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de Castro**, informou a realização da solenidade de abertura da Mostra “Conferências Nacionais de Saúde: contribuições para a construção do SUS”, no túnel de acesso ao Edifício Sede do Ministério da Saúde, dia 10 de novembro, às 10h. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 227ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E APROVAÇÃO DA ATA DA 226ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** *Apresentação:* **Gleisse de Castro Oliveira**, Secretária Executiva Substituta do CNS. *Coordenação:* Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a Secretária Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de Castro**, pôs em apreciação a pauta da 227ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada com a inclusão de um item para apresentação do Relatório Final da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. **Em seguida, conselheiro José Marcos de Oliveira colocou em apreciação a ata da 226ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada, por unanimidade, com contribuições que serão incorporadas ao texto.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** registrou a presença dos 27 coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e justificou a ausência da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade que participava da Conferência de Segurança Alimentar. **ITEM 2 – ALUSÃO AO DIA DA CONSCIÊNCIA NEGRA -** *Apresentação:* **Ângela Nascimento**, Diretora de Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR. *Coordenação:* Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. A Diretora de Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR, **Ângela Nascimento**, iniciou a sua fala agradecendo o convite para participar desse momento de alusão ao dia da consciência negra, 20 de novembro e destacou as ações do CNS voltadas a superar os desafios para implementação da Política de Saúde da População Negra. Explicou que, nesse momento, a SEPPIR realiza movimento interno de debate para aprofundar o diagnóstico, visando à construção de instrumentos de monitoramento que possibilite cumprir a sua missão de articular

a Política de Promoção da Igualdade Racial e uma ação externa a fim de fazer com que as iniciativas possam gerar mudanças nas condições de saúde da população negra. Lembrou que o racismo ocupa um lugar de produção perversa de condições de morbi mortalidade em relação à população negra. Destacou como avanços a inclusão da dimensão da saúde da população negra nos objetivos e ações do PPA e a assinatura do protocolo de intenções entre a Ministra da SEPPIR e o Ministro da Saúde objetivando definir uma agenda de trabalho voltada à implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Tendo em vista o reconhecimento da dimensão do racismo como determinante social de saúde, salientou que o momento é de reflexão sobre a operacionalização dessa Política e de avaliação dos ganhos que as práticas de saúde tem tido em relação à garantia da equidade. Ressaltou que no mês da consciência negra, o foco deve voltar-se à compreensão e respeito da população acerca das questões dos povos negros. Lembrou as iniciativas de reorientação profissional como o Pró-Saúde, porém, chamou a atenção para o fato de os conteúdos ainda terem baixa repercussão na formação dos profissionais de saúde. Finalizando, ressaltou que é preciso reconhecer o racismo no seu aspecto estruturante e estruturador das relações sociais e, nessa linha, a Secretaria da qual faz parte iniciou a produção de uma série de publicações sobre saúde. Conselheira **Jurema Werneck** falou que a intenção do dia da consciência negra é promover reflexão e definição de agenda capaz de tornar o Brasil uma nação democrática. Lembrou que a agenda da população negra é de responsabilidade tripartite – movimento negro, controle social e gestão. **Manifestações.** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** ressaltou que o dia da consciência negra representa uma vitória do movimento social e, dada a importância dessa data, sugeriu que o CNS, nas suas reuniões do mês de novembro, promova um balanço sobre a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no país. Conselheira **Lígia Bahia** cumprimentou a Diretora Ângela Nascimento e a conselheira Jurema Werneck e concordou que é preciso aproveitar esse momento para refletir sobre o que mudou com a aprovação da Política de Saúde da População Negra. Na sua avaliação, foram poucas as mudanças e o racismo ainda faz parte do cotidiano dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, defendeu que o CNS avalie as denúncias de racismo e delibere a respeito objetivando modificar essa realidade. Também conclamou o movimento a participar da defesa do Sistema Único de Saúde, tendo em vista as ameaças enfrentadas pelo Sistema. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** salientou que, além de reconhecer a importância da data, é preciso avançar na proposição de políticas pró-ativas. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** avaliou que o racismo é uma patologia difícil de curar e salientou as dificuldades enfrentadas pelas mulheres negras, citando, dentre outros exemplos, as acometidas pela anemia falciforme, que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** cumprimentou a expositor e destacou o compromisso do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, entidade que representa, na luta contra o racismo e outros tipos de preconceitos. Salientou que a dívida social com a população negra é enorme e ressaltou que espera o dia em que não seja mais necessária política específica para que essa população seja assistida. Por fim, cumprimentou a população negra pela data e reiterou o apoio à luta do movimento negro. Conselheiro **Volmir Raimondi** fez uma homenagem ao movimento negro, explicando que não tem preconceito, porque, na condição de pessoa cega, vê as pessoas como são e não pela cor, raça, ou outras características físicas. Ressaltou o seu anseio no sentido de que a população veja as pessoas como realmente são sem necessidade de ter que perder a visão para que isso ocorra. Por fim, destacou que é preciso combater o preconceito, de forma ampla, seja por cor, deficiência, opção sexual... Conselheiro **Milton Arruda**, na pessoa da conselheira Jurema Werneck, cumprimentou o movimento negro pela sua importância na causa que é de todos os brasileiros. Como proposição, sugeriu que, no mês de novembro, o CNS faça um balanço sobre a efetividade ou não das políticas voltadas à população negra, como parte das comemorações do dia da consciência negra. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** chamou a atenção para os prejuízos do racismo institucional, que como tantas outras manifestações, também deve ser combatido. Cumprimentou, em especial, as conselheiras negras pelo dia da consciência negra e fez uma homenagem a sua mãe, uma mulher com mais de 100 anos, que venceu muitas dificuldades para sobreviver. Conselheira **Marisa Furia Silva** fez uma reflexão sobre as barreiras encontradas para o acesso das pessoas negras com deficiência aos serviços de saúde e sugeriu à SEPPIR que inclua a Convenção Internacional pelos Direitos das Pessoas com Deficiência nas suas publicações. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** salientou que é preciso combater o racismo que há dentro de cada pessoa e esse movimento deve iniciar-se no CNS. Concordou que é preciso fazer um balanço anual sobre os avanços e os desafios em relação à Política de Saúde da

População Negra. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, cumprimentou o movimento negro pela data e reiterou que é preciso avançar contra a discriminação. Além disso, lembrou que no dia 20 de novembro também se comemora a assinatura da declaração universal dos direitos das crianças, ocorrida em 1990 e há três anos é realizado um movimento de todas as religiões, inclusive das religiões afros, de oração e definição de ações em prol das crianças. **Retorno da mesa.** A Diretora de Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR, **Ângela Nascimento**, afirmou que o SUS é uma conquista do povo brasileiro, contudo, o Sistema precisa avançar acerca de algumas questões como, por exemplo, no que se refere ao atendimento às mulheres negras, que possuem um perfil diferenciado. Reafirmou o compromisso da SEPPIR com o Ministério da Saúde e salientou a importância de debater o impacto das ações voltadas à saúde da população negra especialmente no que diz respeito à equidade. Salientou, ainda, que o movimento negro tem contribuição significativa na construção do SUS. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que o CNS reafirma o seu papel de rediscutir o SUS na perspectiva da superação do racismo, dos preconceitos em cada uma das pessoas e nas relações públicas. Na condição de representante do movimento negro no CNS, manifestou orgulho pelo do CNS ter aprovado a Política de Saúde da População Negra. Dito isso, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu que, em toda a reunião ordinária do CNS do mês de novembro, como parte das comemorações do dia da consciência negra, promoverá um balanço sobre a implementação da Política de Saúde Integral da População Negra no país.** Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu a convidada e encerrou a mesa. **ITEM 3 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA SAÚDE - Apresentação: Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção à Saúde da SAS/MS; Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, Conselho Nacional de Saúde; **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, Presidente do CONASEMS; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, representante do CONASS. **Coordenação: Conselheira Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o Secretário da SAS/MS, **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, que optou por abordar as Políticas implementadas pelo Ministério da Saúde voltadas à qualidade do atendimento na saúde. No que se refere à atenção básica, falou do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que propõe monitoramento e avaliação da atenção básica com incentivo financeiro variável dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Explicou que se trata de um programa de adesão voluntária e, após o lançamento, 4.329 municípios (77,8%) aderiram e 18.921 equipes (53,0%). Disse que o Programa prevê acompanhamento de indicadores prioritários de saúde, amplamente discutidos, autoavaliação e avaliação externa de padrões de qualidade. Ressaltou que, a depender dos resultados, as equipes podem ter incremento de até 100% e o processo prevê avaliação a cada dois anos, com apresentação regular da situação ao conselho de saúde local. Seguindo, falou sobre a Rede Cegonha que prevê ações voltadas ao acesso e qualidade. No que se refere ao componente pré-natal, explicou que o acesso e a qualidade serão medidos, dentre outros, por: captação precoce (até 12ª semana); acompanhamento em serviço de Pré-natal de risco, se necessário; e realização de exames – risco habitual e alto risco; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Em relação ao componente Parto e Nascimento, considerar-se-ão, dentre outros, os seguintes critérios: ampliação do número de Centros de Parto Normal – construção e reforma (284 até 2014 – 31 em 2011); estímulo ao parto natural na posição desejada; ampliação do número de Casa da Gestante e Bebê – construção e reforma acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (192 até 2014 – 36 em 2011); garantia de acompanhante durante o acolhimento, o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas; e estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado. No componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, destacou que acesso e qualidade medem-se, dentre outros, por: acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; oferta de métodos contraceptivos e orientações sobre uso; busca ativa de crianças vulneráveis; promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; implementação de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, acrescentou que a intenção é garantir às mulheres que se submeteram a processos de abortamento, considerados ilegais, acesso a serviços que preserve a vida. Também falou do Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, destacando: acesso, nas situações de urgência, ao transporte seguro para gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do SAMU, com USA equipada com incubadora e ventilador neonatal; SAMU com USA devidamente equipada com

incubadora e ventilador neonatal para atendimento ao recém-nascido de risco durante transporte; implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, desde o pré-natal; implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais; e implantação e/ou implementação da regulação de urgências e da regulação ambulatorial (consultas e exames). Na Rede de Atenção às Urgências, no que se refere ao Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), destacou: ampliação do acesso com o primeiro cuidado às urgências; implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidade; fortalecimento do vínculo e responsabilização do primeiro cuidado em ambiente adequado; transferências/encaminhamentos responsáveis a outros pontos de atenção, quando necessário. A respeito do componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), disse que a meta é ampliar o número de unidades móveis em suas várias modalidades (Unidade de suporte básico e avançado, motolância, ambulância), com cobertura de 88% da população do país até 2014. Quanto à qualidade, registrou: implantação de Centrais de Regulação Médica das Urgências com regionalização do SAMU 192; capacitação permanente para os profissionais do SAMU incluindo atendimento às urgências obstétricas e psiquiátricas; qualificação das centrais de regulação médica das urgências e SAMU 192 já habilitados; implementação de sistemas de comunicação entre Centrais de Regulação e equipes das Unidades Móveis. Em se tratando do componente Sala de Estabilização, destacou, no eixo do acesso, a implantação de salas de estabilização como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades (900 salas de estabilização até 2018); e, na linha qualidade, menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento dos pacientes críticos/graves aos demais serviços de saúde; implantação de acolhimento com classificação de risco em concordância e articulação com outras unidades de urgência; e adoção de protocolos clínicos para o adequado atendimento. A propósito do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24h, na linha do acesso, evidenciou a implantação de novas UPA (de acordo com modelo proposto pelo MS) e seleção de mais 199 UPA – PAC 2, para 2012. No eixo da qualidade, citou a implantação de acolhimento com classificação de risco, adoção de protocolos clínicos e de procedimentos administrativos, articulação com outras unidades de saúde (básicas/saúde da família, SAMU 192, hospitais, com fluxos efetivos e coerentes de referência e contra referência ordenados por Centrais de Regulação Médica de Urgências, encaminhamento responsável a serviços hospitalares de maior complexidade, quando necessário. No Componente Hospitalar, um dos grandes desafios, disse que estão previstas as seguintes ações: ampliação das portas de entrada hospitalares de urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva (231 portas de entrada hospitalares até 2014), implantação de acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso, regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde, atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado, em especial do AVC e IAM. Também falou sobre o componente Atenção Domiciliar, explicando que, na linha do acesso, serão implantadas 1.000 novas equipes de atenção domiciliar até 2014. (Cadastro de 107 EMAD e 39 EMAP em novembro de 2011). No que se refere à qualidade, estão previstas ações de estruturação da atenção domiciliar na perspectiva de redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial, inserção nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades dos usuários, centrada no trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar. Comentou, ainda, sobre a Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama, destacando que, apesar dos avanços, a atenção oncológica é precária, insuficiente e com problemas de qualidade. Para modificar essa realidade, destacou que estão previstas, dentre outras, as seguintes ações: ampliação da realização de mamografia; recuperação do funcionamento de mamógrafos – manutenção (28 públicos); contratação de serviços de mamografia – fixa e móvel, de acordo com necessidade identificada; ampliação dos serviços de diagnóstico de lesões mamárias (50 até 2014). No que diz respeito ao componente Ampliação e Fortalecimento da Rede Oncológica, destacou: ampliação dos serviços especializados em tratamento oncológico com radioterapia – 32 novos serviços (até 2014); substituição de equipamentos obsoletos de radioterapia para tratamento de câncer – 48 equipamentos (até 2014); novos serviços em rede de oncologia. Por fim, falou sobre acesso e qualidade: novo projeto das cirurgias eletivas (550 milhões); projeto especial da

ortopedia (GT já em andamento); média complexidade: exames diagnósticos e especialidades (imagem por dispositivo móvel: mamografia como teste de modelagem); transplantes (fila e equidade); demais componentes em rede da alta complexidade (neuro, orto, cardio); e populações específicas. O terceiro expositor foi o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** que abordou o tema da qualidade do atendimento na saúde na visão do usuário do SUS. Primeiro, fez referência à Carta de Direitos dos Usuários do SUS, ressaltando que a qualidade do atendimento deve reverberar a satisfação ou não do usuário na ponta. Nesse sentido, perguntou que qualidade de atendimento se fala quando a grande mídia coloca o que não retrata, por si só, a qualidade do SUS, mas a forma como usuários são tratados em uma rede pública, inclusive de referência internacional. Ressaltou que avaliar a qualidade de saúde significa verificar o grau de satisfação e insatisfação dos usuários com os serviços de saúde. Salientou que, apesar dos avanços, a desigualdade no acesso ainda é uma realidade, assim como a falta de profissionais da saúde, a ausência de aparato tecnológico que garanta a melhoria na qualidade assistencial. Do ponto de vista da resolutividade, reconheceu políticas importantes como a que contempla o Programa de AIDS, a despeito de se enfrentar problemas como diagnóstico tardio, dificuldade de acesso ao tratamento, falta de medicamentos. Lembrou que houve mudanças significativas que foram propostas a partir de 1994, citando como exemplo a Estratégia Saúde da Família. Destacou a dicotomia: necessidade de fortalecimento da atenção primária e o grande volume de recursos para a urgência e emergência. Também avaliou que o CNS deve considerar o lançamento de programas pela Presidência da República sem um debate prévio com o controle social. Também lembrou que na avaliação da qualidade é preciso levar em consideração a subjetividade dos usuários do SUS e ouvir os profissionais de saúde que prestam esse atendimento. Concluiu a sua fala conclamando os conselheiros a posicionarem-se sobre o impacto das políticas de saúde na ponta do sistema. O terceiro expositor foi o Presidente do CONASEMS, **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, que iniciou a sua fala reconhecendo a importância desse debate no Conselho de Saúde e reiterando que primar pela qualidade do atendimento no SUS é dever de todos, vez que 100% da população, direta ou indiretamente, faz do Sistema. Também informou a sua participação no Seminário sobre Auditoria e na Oficina de Trabalho sobre a implementação do Cartão SUS, ressaltando a importância da auditoria para oferecer resposta qualificada ao cidadão na atenção e do Cartão SUS na garantia da qualidade do atendimento à saúde e acesso às informações. Na linha da qualidade do atendimento, lembrou que um dos critérios do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) para concessão de incentivo é a satisfação dos usuários e a participação dos conselhos de saúde. Salientou que esse Programa é uma forma de remunerar a atenção básica de fato e de direito, visto que há um financiamento cruel em que procedimentos de alta complexidade recebem maior aporte de recurso e atendem número menor de pessoas. Avaliou que o movimento social e a gestão devem unir esforços para rebater o discurso da grande mídia contrário ao SUS e lembrou que 75% da população usuária do SUS aprovam o Sistema. Por fim, defendeu que o CNS aprove o Programa de Atendimento Domiciliar e a proposta de Rede de onze hospitais para atender a população em situação de calamidades, entendendo que são estratégias para assegurar a qualidade do atendimento. Na sequência, fez uso da palavra o conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, representante do CONASS. Primeiro, cumprimentou os presentes e manifestou a sua satisfação em participar desse debate no CNS. Recuperou a afirmação da Presidente da República, no dia anterior, de que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que garante a atenção universal e integral à saúde. Destacou ainda que todos, apesar de pontos diferentes de vista, defendem o SUS e, nessa linha, disse que é preciso incentivar os serviços e profissionais de saúde que contribuem para solução dos problemas da população usuária do Sistema.

**Manifestações.** Conselheira **Marisa Furia Silva** fez referência aos protocolos clínicos na perspectiva defendê-los em todos os níveis de atenção, garantindo, inclusive, preparação das equipes de saúde para atender as pessoas com deficiência, como autismo, que demandam atendimento diferenciado e específico. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** solicitou que os representantes das três esferas de gestão avaliem a situação que ocorre no SUS relacionada à influência político-partidária nas decisões, tendo em vista que pode inviabilizar ações consideradas de relevância para a população. Também manifestou preocupação acerca dos responsáveis por gerenciar os recursos do SUS, haja vista a ausência de aspectos técnicos e influência de questões estabelecidas pela mídia. Por fim, fez um apelo para que se retomassem as origens do Sistema Único de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou a sua fala afirmando que a garantia da qualidade do atendimento somente será possível com o efetivo controle social e, nessa linha, o CNS tem sido crítico especialmente com

os gestores que desrespeitam as decisões e o processo de democracia participativa dos Conselhos de Saúde. Disse fazer parte de um grupo que se preocupa com o destino do CNS, vez que propostas estruturantes são elaboradas e implantadas pelo Ministério da Saúde sem debate prévio no CNS como o Programa Mais Saúde, mudanças na Política das UPAS, na Política de Atenção Básica, na flexibilização da jornada de trabalho dos profissionais médicos do PSF, na Programa Melhor em Casa e Decreto 5.708. Ademais, manifestou preocupação com a proposta de mudança da Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. O Presidente do CES/AL, **Alexandre Benedito** salientou que é preciso considerar o controle social em todo o debate sobre saúde, vez que a participação da comunidade está garantida na legislação, especialmente, na Constituição Federal. Nesse aspecto, cobrou manifestação do CNS a respeito. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** ressaltou a importância de pautar temas relativos à 14ª CNS a cada mês e destacou que o momento é bastante delicado, pois políticas são propostas sem debate prévio do CNS, descumprindo a legislação que garante a participação social nos debates acerca da saúde. Também manifestou preocupação com o auto investimento nas comunidades terapêuticas como alternativas para o combate ao crack, por entender que pode comprometer o que disciplina a Lei 10216, desvalorizando os CAPs como espaços de atendimento. Também, em sua opinião, esse processo pode estimular a internação compulsória. Sobre as urgências e emergências, manifestou preocupação com as Parcerias Público Privadas e a ausência de critérios para escolha de unidades de excelência. Por fim, disse que a 14ª CNS será fundamental para retomada dos princípios do SUS universal, integral equânime e de qualidade. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** fez uso da palavra para defender a regulamentação do art. 4º a Lei 11.520, que garante o atendimento prioritário às pessoas isoladas por conta da hanseníase. Explicou que o MORHAN tem entrado com ações judiciais para garantir o atendimento às pessoas, conforme determina a referida Lei. Também reiterou que é preciso avançar no diálogo entre controle social e gestão no que diz respeito às políticas e programas de saúde. Por fim, informou o Pleno sobre a realização do Congresso História da Medicina, que irá discutir a questão de políticas preconceituosas que deram origem a indenização aos pacientes com hanseníase e avaliou que a política de internação compulsória de usuários de crack é um equívoco uma vez que, a exemplo do que foi feito com as pessoas com hanseníase, contribui para o segregação. Conselheira **Zilda de Faveri** perguntou ao Secretário da SAS se os Programas lançados pela Presidente da República convergem com o PSF ou se têm natureza distinta. Também relatou a experiência positiva do Programa de Atenção em Domicílio, em Santa Catarina, no esclarecimento e informações aos cuidadores de pessoas com deficiência como Alzheimer. **Retorno da mesa.** O Secretário da SAS, **Helvécio de Miranda**, esclareceu as questões levantadas pelos conselheiros, destacando, inicialmente, o esforço do Ministério da Saúde para reconstrução de protocolos clínicos e diretrizes clínicas. Ressaltou que o Ministério da Saúde trabalha com o formato de Redes, com componentes distintos e, nesse momento, está em discussão, além da Rede de Saúde Mental, a Rede de Cuidados às pessoas com deficiência. Ressaltou essa proposta de Rede, depois de concluída, será trazida para debate no CNS. Esclareceu ainda que as diretrizes da Rede de Cuidados de Saúde Mental e Dependência Química seguem as diretrizes aprovadas pelo CNS, tratando da questão das comunidades terapêutica à luz do SUS e da Lei de Reforma Psiquiátrica. Disse que as políticas temáticas, sob a sua gestão, foram apresentadas e debatidas no CNS e, a propósito, lembrou que apresentara ao CNS, junto com a diretora de atenção especializada, a Rede de Urgência e Emergência com os seus componentes. Ressaltou que o Programa lançado pela Presidente da República está de acordo com a Política de Urgência e Emergência, debatida no CNS e pactuada na Tripartite. Acrescentou ainda que a peça orçamentária do MS, debatida e aprovada no CNS, contempla aumento do orçamento da média e alta complexidade (acréscimo de R\$ 4 milhões em 2012) voltado à qualificação das UPAS, ao SAMU e à atenção domiciliar e que o Ministério da Saúde decidiu debater com os trabalhadores, diretores de unidades, gestores a situação de 50 das 231 portas de entrada hospitalar de referência e de maior complexidade de atendimento, tendo sido eleitas, nessa primeira etapa, onze, considerando critérios de distribuição nacional. Explicou que essas 231 portas de entrada são fortes indutoras de rede regional, integrada, regulada com todos os componentes, interagindo com outros componentes. Também explicou que o Programa Melhor em Casa nada mais é que o Programa Domiciliar apresentado ao CNS e pactuado na CIT. Salientou que as preocupações levantadas pelo conselheiro Júnior são interessantes e estão em debate no Ministério da Saúde. Explicou que as Práticas Integrativas e Complementares do SUS é uma questão importante e ainda não há nenhum formato definido. O representante do CONASS, **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, afirmou que a

orientação do governo federal é de atuação republicana e, portanto, eventual atuação político-partidária deve ser debatida e combatida. Também se colocou à disposição para retomar o diálogo das questões importantes. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** salientou que o CNS deve debater os temas estruturantes do SUS na lógica de encontrar soluções. Também disse que no CNS são feitas apresentações gerais e específicas e o Pleno, por vezes, aprova políticas gerais e não os desdobramentos delas. Conselheiro **José Carrijo Brom** interveio para dizer que iniciativas como PMAQ são importantes para atender os anseios e necessidades da população, sendo assim, a sua preocupação referia-se à forma como as decisões são tomadas, sem a participação do controle social. Referiu-se ao Seminário realizado na OPAS onde se discutiu a democracia participativa e foram apresentadas experiências demonstrando as contribuições do controle social às políticas. Nessa linha, salientou que o controle social não pode perder a sua prerrogativa de debater temas importantes da saúde nos termos da lei. Explicou que, em alguns casos, são apresentadas ao CNS as linhas gerais das políticas, sem detalhamento, o que prejudica o debate aprofundado e a apresentação de contribuições por parte do Pleno. Destacou, por exemplo, a Rede de Atenção Domiciliar, que fora apresentada ao CNS de forma geral, sem detalhamento das propostas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** manifestou sua preocupação com as perspectivas estratégicas de médio e longo prazo e, nessa lógica, avaliou que a reabilitação e a promoção da saúde deveriam ser ações prioritárias de governo, tendo em vista a mudança do perfil populacional nos próximos anos. Também salientou a necessidade de os programas e políticas contemplarem a estratégia de indução à regionalização. Ressaltou que o balanço deve explicitar os desafios de natureza estratégica de médio e longo prazo a fim de serem incluídos na agenda e materializados enquanto políticas de estado. Conselheira **Maria Cristina Biz** chamou a atenção para a importância da recuperação e reabilitação das pessoas, com equipes multiprofissionais de saúde, reiterando a necessidade de submeter à apreciação e debate do CNS as políticas de saúde e, a propósito, informou que a Política da Pessoa com Deficiência está na iminência de ser lançada e não foi debatida no CNS. Por fim, solicitou o empenho da SAS para publicação da portaria que dispõe sobre triagem auditiva neonatal. Nesse momento, o debate foi interrompido por conta da presença dos parlamentares da Frente Parlamentar da Saúde, Deputado **Darcísio Perondi**, Deputada **Célia Rocha**, Deputado **Osmar Terra**, para informe sobre a tramitação da EC nº. 29. Nesse momento, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, assumiu a coordenação dos trabalhos. Deputado **Darcísio Perondi**, Presidente da Frente Parlamentar da Saúde, após cumprimentar os conselheiros, ressaltou que a aprovação do Projeto de Regulamentação da EC nº. 29 na Câmara dos Deputados é uma vitória decisiva, mas parcial, vez que o Projeto contempla o FUNDEB, o PIB nominal e sem os 10%. Ressaltou que a matéria foi incluída na pauta de urgência do Senado Federal, podendo ser votada no dia 22 ou 29 de novembro de 2011. Diante dessa situação, conclamou as entidades para envolverem-se no processo de mobilização e de diálogo com os senadores nos estados. Também ressaltou a necessidade de se defender os 10% das receitas correntes brutas para a saúde. A Deputada **Célia Rocha** reiterou a necessidade de mobilização de todas as entidades nesse momento, a fim de assegurar a aprovação da proposta dos 10% das receitas correntes brutas para a saúde. O Deputado **Osmar Terra** comentou a dimensão do subfinanciamento da saúde do país, explicando que o orçamento do Brasil é inferior ao de países que, inclusive, não possuem sistema de saúde universal como é o caso do Chile. Ressaltou que os 10% das receitas correntes brutas para a saúde não resolverá o problema do subfinanciamento, mas trará melhorias para o Sistema. Salientou, inclusive, que é preciso debater uma série de questões que têm impacto no SUS como carreiras para atenção básica, redução da carga horária de equipes... Além disso, lembrou que, nesse momento, é fundamental a mobilização das entidades em defesa dos 10% das receitas correntes brutas para a saúde, inclusive com a presença dos representantes da sociedade no Congresso Nacional. Concluído o informe da Frente Parlamentar da Saúde, conselheira **Jurema Werneck** reassumiu a coordenação da mesa e abriu a palavra para os demais inscritos. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** lembrou que o CNS promoveu amplo debate sobre a política de transplantes no Brasil e aprovou encaminhamentos a esse respeito que deveriam ser remetidos à SAS/MS. Todavia, falou que, anterior ao debate sobre os transplantes, é preciso discutir a qualidade da terapia renal substitutiva, lembrando que esse procedimento é feito, quase na totalidade, pela rede privada e o paciente não é atendido na Rede pelo SAMU. Salientou ainda a falta de notificação de óbitos de pacientes renais que deveriam ter realizado transplante e salientou a dificuldade de acesso aos dados do Sistema Nacional de Transplantes. Nesse contexto, ressaltou preocupação de como as unidades de saúde encaminham as pessoas para atendimento



domiciliar, destacando a importância de disseminar informações para a população a esse respeito. No mais, denunciou as seguintes situações: dificuldade enfrentada pelos usuários do Estado do Rio Grande do Norte que realizam transplantes em outros estados e que dependem do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), para obter medicamentos após o procedimento e, além disso, não são realizados transplantes como deveria e os órgãos são encaminhados para outros estados; e o caso de Manaus que recebe recurso para realizar transplantes oriundos de cadáver, mas não o faz. Por fim, salientou que protocolaria pessoalmente um ofício no gabinete do secretário sobre o assunto. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz**, primeiro, ressaltou que é preciso continuar o debate desse tema, considerando inclusive as demandas e denúncias encaminhadas à auditoria. Concordou que é preciso rever a metodologia das apresentações feitas ao CNS e sugeriu pautar debate sobre democracia participativa no âmbito da reforma política, com convite ao prof. Marco Aurélio Nogueira. Sugeriu ainda que fosse pautado o debate sobre o Decreto nº. 7.508/11 e o Programa SOS Emergência, para esclarecer as eventuais dúvidas. Por fim, saudou o CES/RS e a Conferência Estadual do Rio Grande do Sul pela aprovação da proposta que amplia o percentual de aplicação de recursos do Estado na saúde. Conselheira **Lígia Bahia** registrou a sua preocupação com o Sistema Brasileiro de Saúde, por entender que está em risco e com a renovação de promessas não cumpridas, por se tratar de um processo desgastante com o qual o CNS não pode concordar. Ressaltou que o acordo firmado com o Ministro da Saúde, ao ser eleito Presidente do CNS, foi que o Conselho Nacional de Saúde seria o centro de debate e deliberação de todas as políticas de saúde, porém, esse compromisso vem sendo descumprido, por conta de dificuldades políticas do grupo que está à frente do Ministério da Saúde. Em não sendo revertida a situação que se apresenta, disse que o Conselho precisará adotar uma pauta reativa. Discordou das propostas de redes temáticas, por entender que, na prática, representam menos saúde. Fechou a sua fala destacando que o CNS deve retomar o seu papel de instância máxima de deliberação do SUS. Conselheiro **Willen Heil e Silva** manifestou preocupação com a publicação da Lei 2.514, que dispõe sobre valores para residência médica, por entender que poderia contemplar também a residência multiprofissional e todos os profissionais de saúde. No que se refere à Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, retomou as recomendações do CNS de institucionalização da coordenação de Prática Integrativas e Complementares, no âmbito da SAS, inclusive com um DAS específico, inserção das práticas nos três níveis de assistência, entre outras. Por fim, lembrou que a adoção dessas práticas possibilita mais saúde à população, diminuição do número de procedimentos e do uso de medicamentos. O representante do CONASS, **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, fez uso da palavra para agradecer a possibilidade de participar do debate e desculpou-se por não poder permanecer até o final, vez que tinha uma agenda inadiável. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** manifestou a sua insatisfação com o fato de acordos firmados no CNS e, em sua maioria, não terem sido cumpridos o que leva o controle social a desconstrução. No mais, avocou o Regimento Interno para lembrar que as matérias objeto de deliberação devem ser enviadas com dez dias de antecedência da reunião. Em relação ao que foi dito sobre o acordo firmado para a eleição do Presidente do CNS, declarou que não participou desse processo e, se acordo houve, não foi bom para o controle social. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** estranhou a ausência de representante do segmento dos trabalhadores da saúde na mesa e solicitou que essa representação seja contemplada, no caso de o tema ser novamente debatido. Focou a sua fala na política de atenção oncológica do Brasil, recuperando que o CNS instituiu GT para fazer levantamento da situação dessa realidade no país e destacando a auditoria do TCU que analisou a política oncológica e definiu o prazo de 90 dias ao MS para definir um plano de ação para resolver as questões colocadas. Por fim, lamentou que a política oncológica avançasse apenas diante do infortúnio de algum gestor ou autoridade do país. Conselheira **Jurema Werneck** esclareceu à conselheira Graciara Matos de Azevedo que a Mesa Diretora decidiu pautar esse tema, com a representação do CNS e da gestão na condição de expositores. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** sugeriu que o CNS convide a Ouvidoria do Ministério da Saúde para fazer um relato das suas atividades ao Pleno, uma vez que o grau de satisfação do usuário depende de onde é feita a pesquisa e considerou que, na fila de entrada do SUS, por exemplo, a avaliação não será boa. Ressaltou que o controle social deve intervir de forma contundente para resolver os problemas colocados e lamentou o lançamento do Programa de Atendimento Domiciliar sem debate prévio no CNS, por entender que se trata de afronta ao controle social. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que o debate evoluiu do balanço para análise de conjuntura política e, nessa linha, salientou que a fala da Presidente da República, no lançamento do



Programa “Melhor em casa”, é contraditória, pois, ao final, aponta o privado como referência para resolver os problemas da saúde e que a população reivindica padrão de saúde, com foco na atenção básica e promoção da saúde no sistema público e não na parceria público-privado. Também destacou que é preciso esclarecer melhor a questão dos núcleos de eficiência de qualidade e colocar as estratégias de ações do governo para fazer chegar informação à população para que esta cobre, por exemplo, o cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde. Por fim, convidou a SAS/MS para reunir-se e debater o tema da atenção básica com a CONTAG, no dia 22 de novembro de 2011. Conselheira **Júlia Maria Roland** avaliou que a atividade do CNS, em 2011, foi de extrema importância, com debate de temas relevantes e estruturantes do SUS. Nessa linha, sugeriu que a Mesa Diretora do CNS analise as pautas debatidas pelo CNS e, neste ano, dimensione se o Pleno debateu (ou não) as propostas implementadas pelo Ministério da Saúde, para avaliação após a 14ª Conferência Nacional de Saúde e orientação das pautas de 2012. Também ponderou que é impossível debater detalhadamente todas as propostas e decisões do Ministério da Saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apontou as duas questões relevantes do debate - democracia e recursos públicos destinados a políticas públicas – ressaltando tratar-se das questões centrais da ação política sociedade civil organizada e dos atores políticos que desejam avançar. No que se refere à democracia, salientou que a sociedade deve ser ouvida e que se deve desenvolver o processo de participação de forma mais democrática possível. Nesse sentido, sugeriu que o CNS promova debate visando à definição de regras mais claras acerca do funcionamento e da participação do controle social (regulamentação da Lei nº. 8.142/90). Lembrou que é preciso resolver o problema do subfinanciamento que desencadeia outras adversidades na área da saúde. Finalizou dizendo que é preciso mais democracia, mais participação do controle social e mais recursos públicos para saúde. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado**, representando a Coordenação Nacional de Plenárias dos Conselhos de Saúde, fez uso da palavra para registrar a morte de seis bebês no Município de Encruzilhada/RN e mortes também no Município de Cachoeira do Sul porque os médicos afirmaram que não estava na hora para realizar o parto normal. Também defendeu que o controle social debata as políticas de atenção básica e cobrou uma resposta do Ministério da Saúde sobre a denúncia do descumprimento da carga horária dos médicos em Cachoeira do Sul. Fez a leitura e entregou à mesa o documento do CES/RN em que o referido Conselho declara discordar do Decreto nº. 7.508/11, por entender que, dentre outros aspectos, atribui aos conselhos de saúde caráter consultivo e não deliberativo, conforme preconiza a Lei nº. 8.142/90. Conselheiro **Alexandre Magno Soares** sugeriu que se incorporem nos balanços do mês os resultados das auditorias e ouvidorias para avançar na definição do modelo de saúde almejado pelos usuários do SUS. Também lamentou o descumprimento da legislação da saúde e sugeriu que o CNS debata que democracia está em pauta e que democracia o controle social defende. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** referiu-se ao Programa Saúde mais Perto para perguntar se há investimento para valorização dos trabalhos domésticos realizados pelas mulheres ou se essa proposta trata de aumento da sobrecarga de trabalho gratuito. Apelou ao Ministro da Saúde, ao CONASS e CONASEMS para que seja pactuada, na próxima reunião da CIT, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT que, no mês de novembro, completa dois anos de aprovação e também a Política da População do Campo e da Floresta. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** ressaltou que a Política Nacional de Assistência Domiciliar, conforme pactuada, atinge parcela pequena da população, lembrando que 85% dos municípios possuem menos de 30 mil habitantes. Assim, perguntou qual a intenção do governo em propor essa Política, vez que tem um formato que não contempla grande parte da população. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** defendeu a continuidade do debate desse tema na próxima reunião, por entender que se refere à essência da responsabilidade do Conselho. A propósito, fez alusão à Conferência dos Direitos da Mulher a ser realizada de 12 a 14 de dezembro, ressaltando as expectativas dessa população em saber o que Ministério da Saúde pensa sobre a saúde integral da mulher. Também, as mulheres querem saber qual será o investimento proposto pelo governo e de que forma serão aplicados os recursos para essa população. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** reiterou a importância de priorizar a luta em prol do financiamento do SUS. Também esclareceu que a conquista do aumento da bolsa para as residências médicas estende-se às demais categorias de residências multiprofissionais de saúde, e conclamou que as categorias da saúde se solidarizem com as conquistas das demais, ainda que não contemplem a totalidade. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** registrou que os gastos com terapia renal substitutiva no país são de R\$ 1,8 bilhão, sem exames, consultas e medicamentos e os gastos com transplantes foram de R\$ 1,2 bilhão em

2010. **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que o debate foi profícuo e avaliou que o CNS deve posicionar-se sobre as questões ora colocadas pelos conselheiros. A respeito da proposta de regulamentar a Lei nº. 8.142/80, manifestou preocupação com a possibilidade de burocratizar o controle social. Por fim, agradeceu a oportunidade de participar do debate e desculpou-se por não poder permanecer até o final. O Presidente do CONASEMS, **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, ressaltou a riqueza do debate e a convergência das falas em determinados aspectos, lembrando que não se deve generalizar problemas. Nessa linha, chamou a atenção para o fato de o CONASEMS trabalhar no sentido de fortalecer a participação do controle social nos municípios brasileiros e incentivar a realização das conferências municipais. Também apoiou a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População LGBT. No mais, salientou o envolvimento e o empenho do CONASEMS em prol da regulamentação da EC nº. 29, com a devida orientação aos COSEMS. Ressaltou, ainda, a importância do envolvimento das entidades no corpo a corpo com senadores para convencimento acerca da importância da regulamentação da EC 29. O Secretário da SAS/MS, **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, diante do avanço da hora, optou por comentários gerais sobre as intervenções dos conselheiros. Primeiro, considerando que o debate seguiu uma linha diferente da prevista, solicitou que o tema qualidade do atendimento na saúde seja novamente pautado dentro do enfoque necessário. Também destacou que as questões colocadas pelo Pleno no que se refere às políticas de saúde seriam levadas para debate interno no Ministério da Saúde e disse que é preciso ter clareza sobre a “governança do controle social” e definir o que precisa de detalhamento. No mais, concordou com a proposta de clarificar o que disciplina a Lei nº. 8.142/90, para dirimir eventuais dúvidas. Concordeu ainda com a proposta de contemplar nos debates os dados das ouvidorias do Ministério da Saúde, entendendo que pode subsidiar os temas e contribuir para o que CNS aperfeiçoe o seu papel. Aceitou o convite para o debate com a CONTAG, no dia 22 de novembro de 2011, e diretor do DAB/MS representará a SAS/MS na oportunidade. Sobre as práticas integrativas e complementares do SUS, informou que ainda não há um formato específico, mas salientou que interessa ao MS obter saberes acumulados do controle social e da academia ao invés de se restringir a uma caixinha sem interlocução com outras áreas. Em que pese às dificuldades, destacou que existe um movimento no país envolvendo debate sobre a formulação de redes e articulação de serviços. Nesse sentido, informou que foram disponibilizados recursos adicionais para todas as Redes, citando como exemplo a Rede de Urgência e Emergência que receberá em quatro anos (2011 a 2014) R\$ 18 bilhões de recursos adicionais. Mostrou-se entusiasmado com a possibilidade de organizar redes para melhorar as ações e serviços de saúde e manifestou satisfação com o debate da atenção domiciliar. Nesse contexto, disse que é preciso retomar o debate sobre acesso com qualidade. Encerrando a mesa, conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os expositores e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: dar continuidade ao debate desse tema nas reuniões do CNS, com convite a especialistas (sugestão: Marco Aurélio Nogueira); pautar no CNS o Decreto nº. 7.508/11, para esclarecer as dúvidas e o Programa SOS Emergência; e contemplar no balanço do mês o componente do controle interno e das auditorias.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu os trabalhos para o almoço. **ITEM 4 – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DA XVI PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE - Composição da mesa: Tiago Ismar de Oliveira**, da Comissão Organizadora da XVI Plenária; **Cléia Aparecida Giosoli**, da Comissão Organizadora da XVI Plenária; **Maria Inês de C. Silva**, da Comissão Organizadora da XVI Plenária. **Coordenação: Conselheira Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O representante da Comissão Organizadora da XVI Plenária, **Tiago Ismar de Oliveira**, começou a apresentação do Relatório Final da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com os integrantes da Comissão Organizadora: Região Norte - Roraima: Tiago Ismar de Oliveira; Região Nordeste – Paraíba: Joaquina de Araújo Amorim; Piauí: José Teófilo Cavalcante; Região Centro-Oeste - Mato Grosso do Sul: Maria Inês de Carvalho Silva; Região Sudeste - São Paulo: Arnaldo Marcolino da Silva Filho; Região Sul - Santa Catarina: Cléia Aparecida Clemente Giosole. Explicou que a XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu de 16 a 18 de novembro de 2010, em Brasília-DF, com a seguinte pauta: Aprovação do Regulamento; Solenidade de abertura; Análise da Conjuntura Política Do SUS; Mesa I: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS; Mesa II: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de gestão do SUS; Mesa III: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS; e Mesa IV: 14ª Conferência Nacional de Saúde; e Plenária Final. Ressaltou que o resultado final desse evento culminou com a aprovação de propostas relativas aos temas discutidos e de treze moções de apoio, 25 de repúdio e 26 relativas a temas diversos. Frisou

que a XVI Plenária contou com 1.284 participantes, sendo: Região Centro Oeste: 144; Região Nordeste: 302; Região Norte: 205; Região Sudeste: 453; Região Sul: 142; e Outros participantes: 38. A representante da Comissão Organizadora da XVI Plenária, **Cléia Aparecida Giosoli**, acrescentou que a agenda política do CNS foi o eixo norteador desse evento. A representante da Comissão Organizadora, **Maria Inês de C. Silva**, solicitou ao CNS que considere as propostas da XVI Plenária na reavaliação do Plano Nacional de Saúde. A representante da Plenária de Conselhos, Maria Inez S. Reis, ressaltou que esse movimento representa um braço do controle social nos estados, levando para a ponta os debates do CNS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, participante da XVI Plenária, registrou a importância da Plenária e recuperou que, junto com a Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares, representa o CNS na Coordenação de Plenária de Conselhos. Como encaminhamentos, sugeriu que o CNS se aproprie do Relatório Final da XVI Plenária de Conselhos de Saúde, garanta a presença da Coordenação da Plenária no planejamento do CNS em 2012 e defina outras formas de aproximação dos Coordenadores da Plenária do CNS. Conselheiro **Anastácio** agradeceu o apoio do CNS à Coordenação de Plenária e informou que nos dias 11 e 12 de novembro de 2011 os delegados da Região Nordeste se reunirão para debater as deliberações das conferências de saúde e no dia 18 de novembro será feita avaliação da atuação dos conselheiros municipais de saúde do Estado Ceará. Conselheira Lucenir solicitou que as atividades da Coordenação de Plenária de Conselhos sejam incluídas na pauta do CNS, considerando que representam o anseio da base. Conselheira Luzinete, Rondônia, manifestou a sua satisfação por participar da Coordenação de Plenária e sua satisfação por participar da reunião do CNS, órgão máximo de deliberação do SUS. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu que o Plenário defina um espaço permanente na reunião do CNS para informe da Plenária de Conselhos e que as políticas de equidade seja um tema de debate prioritário da Plenária. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou a importância da Plenária de Conselhos como um mecanismo de interlocução com os estados e concordou que é preciso redefinir a interlocução do CNS com esse espaço de controle social. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** manifestou a sua satisfação com esse momento, lembrando que fora coordenadora nacional da Plenária de Conselhos de Saúde. Sugeriu que os integrantes desse movimento social apresentassem pontos que gostariam de debater no CNS. Também ressaltou que conselheiros nacionais de saúde e coordenadores de Plenária devem adotar como eixo na 14ª CNS a luta pelo SUS. **Retorno da mesa.** O representante da Coordenação de Plenária, **Tiago Ismar de Oliveira**, ressaltou a importância da aproximação da Plenária com o Conselho Nacional de Saúde. A também representante desse fórum, **Cléia Aparecida Giosoli**, ressaltou que todas as diretrizes da 14ª CNS foram debatidas nos Estados e salientou que a defesa do SUS é o eixo central de debate da Coordenação. A representante da Coordenação de Plenária, **Maria Inês de C. Silva**, agradeceu o espaço para apresentação do relatório e informou que a Coordenação se reuniria para debater as questões pertinentes a cada Estado. Destacou que o foco principal de debate desse espaço é a não privatização do SUS. Por fim, entregou à mesa o relatório da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Após essas considerações, conselheira **Jurema Werneck** agradeceu os coordenadores de Plenária e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: a respeito desse item de pauta, o Plenário decidiu convidar a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde para participar do planejamento do CNS em 2012; abrir espaço permanente de diálogo do CNS com a Plenária de Conselhos de Saúde; e recomendar à Coordenação de Plenária que pautar debate sobre as políticas de equidade. ITEM 5 – DESENVOLVIMENTO NACIONAL DO PAÍS E SAÚDE: A INTEGRALIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE COMO CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO BRASIL - Apresentação: Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS; **Wanderlei Pignati**, Professor da UFMT e Doutor em Saúde Pública pela FIOCRUZ. O primeiro a expor sobre o tema foi o professor doutor da UFMT, **Wanderlei Pignati**, com foco no desenvolvimento, agronegócio e a saúde-ambiente. Nas considerações iniciais, manifestou sua satisfação em debater o tema no CNS no momento em que se discute o tema do desenvolvimento e suas relações. Explicou que a UFMT dispõe de um Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador (NEAST), sob sua coordenação, composto por professores de diversas áreas como química, geografia, agronomia, além de professores da FIOCRUZ e colaboradores. Ressaltou que é importante debater o tema do desenvolvimento, lembrando que se deve considerar o cenário atual de colapso financeiro e ecológico (aquecimento global, poluição...), de crescentes desigualdades global e nacional (poder, dinheiro, recursos ambientais, democracia e saúde), da mercantilização da natureza e da vida,

da banalização dos determinantes sociais e de saúde (IDH: o país está na posição 64), da valorização do PIB (6) e das correlações de equilíbrio: estado, trabalhadores, sociedades organizadas, empresários, sindicatos, partidos, igrejas. Ressaltou que a análise do desenvolvimento e saúde é complexa, visto que é preciso considerar aspectos quantitativos (incidência, serviços de saúde) e qualitativos (acesso, distribuição dos serviços, escolaridade e a metodologia das escolas...). A seguir, passou a tratar do tema sobre desenvolvimento, agronegócio e saúde. Disse que, no Brasil, 40% do PIB advém da cadeia produtiva do agronegócio. No Mato Grosso, 70% do PIB e na maioria dos municípios localizados no interior do Brasil, essa participação pode subir para 80% a 90% do PIB, assim, a questão principal é que tipo de desenvolvimento esse processo pode trazer. Falou que a produção brasileira por produto do agronegócio consiste em: complexo de soja: 27%; carnes: 18%; açúcar e álcool: 15%; madeira: 11%; papel e celululose: 7%; café: 7%; couros: 3%; fumo e tabaco: 3%; sucos de frutas: 3%; e demais: 6%. Também mostrou um mapa sobre a ocupação do território pela agropecuária, chamando a atenção para as bacias Amazônica, do Pantanal, do Araguaia, do Tocantins e do São Francisco que drenam o agronegócio. Explicou que todas as etapas do processo produtivo do agronegócio (desmatamento, indústria da madeira, agricultura, pecuária, transporte/armazenamento, agroindústria) causam impactos na saúde do trabalhador, na população e no ambiente. Além desses, há impactos do agronegócio como: energia hidrelétrica; estradas, ferrovias e portos; concentração e internacionalização do agronegócio; conflitos: sem terras, violência contra trabalhadores rurais, indígenas, pescadores, trabalho escravo, quilombolas; migração; “modernas” colônias; destruição da cultura local e nova de dominação; exploração mineral acoplada. Seguindo, apresentou exemplos de avaliação integrada do desenvolvimento X saúde, sendo: 1) matriz de produção X agravos e vigilância X controle social no Mato Grosso; 2) avaliação integrada dos impactos do agronegócio na saúde, ambiente e vigilância em um município; e 3) legalização da poluição: Portaria 518/2004/MS, que define limite máximo de resíduo na água (foi elaborada proposta de revisão dessa Portaria que redefine parâmetros); transgênicos; uso seguro. Primeiro, mostrou um quadro com a matriz de produção do agronegócio, insumos agrícola e dados demográficos de Mato Grosso de 1998 a 2007, ressaltando que é possível promover um debate sobre a segurança alimentar no MS, haja vista o crescimento da produção de produtos como algodão, milho e soja e o declínio de produtos como arroz, café, feijão, por exemplo. Explicou que na agropecuária do Mato Grosso, de 1998 a 2009, foram consumidos 103 milhões de litros de agrotóxicos e no país, em 2008, foram utilizados 673 milhões de litros de agrotóxicos. Dentre os impactos do agronegócio e agravos à saúde da população de Mato Grosso, destacou o alto índice de acidentes de trabalho, de óbitos por acidente de trabalho, de intoxicações por agrotóxicos, de acidentes com animais peçonhentos, internações e óbitos por má-formação. Segundo o expositor, a média geral de consumo de agrotóxico do país é 5 litros por habitante, em Mato Grosso é de 40L/hab. e, no caso do município de Lucas do Rio Verde, a média é de 136L/hab. (2010). Mostrou um mapa com a distribuição da produção agro-pecuária-florestal, por município, no Mato Grosso em 2005, com destaque para lavouras temporárias, madeira, bovinos e lenha. Mostrou os tipos de agrotóxicos utilizados em Mato Grosso do Sul, destacando que dos 36 utilizados no Estado (dentre eles, Glifosato, Metamidofós, Endossulfam, 2,4 D, além de óleo mineral), 22 são proibidos na Europa. Seguindo, apontou os seguintes dados de pesquisas realizadas: a) 85% da fumaça de queimadas de florestas são produzidos na Amazônia legal. MT, PA e RO são os principais produtores; b) evidências de que a produção de PM2.5 está relacionada à maior ocorrência de doenças respiratória em <05 anos e > 65 anos nos municípios de Mato Grosso com maiores concentrações de queimadas; c) associações positivas entre PM2.5 e baixo peso ao nascer nos municípios de Mato Grosso com maiores concentrações de fumaça; d) indústria da madeira - 999 madeireiras e 1389 mapas riscos, ex.clínico em 4381 trabalhadores: 12% mutilados, 37% sequelados, 28% deformidade coluna, 20% inaptos visuais, 50% hipertensos; relação com distancia da sede: horas, salário, morar colônia, precarização, sindicalização, fiscalização/vigilância e queima de resíduos da madeira; associações entre níveis altos médios de uso de pesticidas em 1998 e mortalidade por neoplasias malignas em 2004/2006 nas Regiões: Sinop, Tangará, Rondonópolis. Ressaltou que a vigilância em saúde ambiental em Mato Grosso resume-se ao controle da malária e dengue e, nos municípios, não há vigilância em saúde do trabalhador, as fiscalizações em saúde e segurança no trabalho da DRT-MT priorizaram setores urbanos e algumas cidades. No que se refere ao controle social, o Conselho Estadual de Saúde foi caracterizado como “controle social burocrático e controlado pelo Estado”. Seguindo, passou a apresentar dados do estudo da UFMT sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde e ambiente no município de Lucas do Rio Verde, em Mato Grosso do Sul.

A população do município (2010) é de 37.292 hab., ocupa a oitava posição em *per capita* do Brasil, porque possui indústria de produção suína e de aves e a terceira posição em produtor de soja, com duas indústrias de biodiesel. A área de 365.958 hectares com 86% desmatados; 70% da área ocupada com fazendas > 1000 hec; 20% de 100 a 1000 hec. Explicou que o acidente rural ampliado de “chuva” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT, em março de 2006, quando fazendeiros dessecavam soja transgênica para a colheita com paraquat. A pulverização na área do entorno da cidade causou a “queima” de 165 canteiros de plantas medicinais no centro e de 65 chácaras de hortaliças na periferia e surto epidêmico de diarreia em crianças e idosos. Ressaltou que movimentos populares, de sindicatos e de trabalhadores rurais denunciaram ao MP e foi iniciado movimento contra o uso e abuso de agrotóxicos. Disse que a UFMT realizou perícia no local e sugeriu pesquisa; sendo acatada, inicia-se uma pesquisa da UFMT/FIOCRUZ, de 2007 a 2010. Explicou que, em conjunto com professores e alunos de quatro escolas (02 urbanas e 02 rurais), foram feitas coletas de chuva e de ar nos pátios das escolas; e, além disso, coletas de água de poços artesanais/potável das escolas, coletas de água de outros poços e córregos do município, coletas de sangue e urina dos professores das escolas, coletas de amostras de leite materno, coletas de sapos, sangue e sedimentos de lagoas, análises de resíduos de 27 P.A. de agrotóxicos, entrevistas para percepção de risco e vigilância à saúde e análise epidemiológica dos dados: intoxicação, malformação, cânceres, doença respiratória aguda, abortos. Os dados da pesquisa foram os seguintes: a) utilização de 5 milhões de litros de agrotóxicos, sendo os mais utilizados Glifosato, Metamidofós, Endossulfam; b) identificação de 16 tipos de agrotóxicos na água consumida por professores e alunos; c) presença de 104 amostras de agrotóxicos na água da chuva; c) presença de resíduos de agrotóxicos nas amostras de ar coletados em quatro pontos de escolas (Endossulfam e Atrazina); d) presença de resíduos de várias agrotóxicos nas amostras de sangue e urina, sendo que os níveis dos resíduos nos professores que moram e atuam na zona rural foram o dobro dos professores urbanos; e) contaminação com resíduos de agrotóxicos (Endossulfam, Deltametrina e DDE/DDT) de 100% das amostras de leite materno de 62 mães; f) presença de resíduos de vários agrotóxicos em sedimentos de duas lagoas, semelhantes aos tipos de resíduos encontrados no sangue de sapos, sendo que a incidência de malformação congênita nestes animais foi cinco vezes maior do que na lagoa controle; g) as incidências de agravos correlacionados (acidentes de trabalho, intoxicações por agrotóxicos, neoplasias, más-formações congênitas e agravos respiratórios) aumentaram entre 40% e 102% nos últimos dez anos. Por fim, falou dos padrões de potabilidade da água: número de íons de substâncias permitidas nas Portarias do Ministério da Saúde e a legalização da contaminação da água potável, destacando que são permitidos resíduos inorgânicos, orgânicos, agrotóxicos e desinfetantes. O segundo a expor sobre o tema foi o Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade**, na condição de Secretário de Gestão Participativa/MS, enfocando a discussão dos determinantes sociais da saúde e o desenvolvimento sustentável, salientou que falar de determinantes sociais de saúde significa verificar se as políticas públicas respondem às desigualdades da sociedade. Disse que o tema aparece na reforma médica alemã e outro grande movimento se configurou na revolução pasteriana que traz para o campo da saúde a ideia de unicausalidade da doença. Durante o pós-guerra, a Europa pactuou e consolidou o Estado de bem estar social e conquistas foram alcançadas como universalização da saúde, da educação, emprego, moradia... No Canadá, a questão é priorizada quando o Ministro do Estado elaborou relatório destacando que os grandes problemas canadenses de saúde estavam mais ligados à promoção da saúde e determinantes sociais. Além disso, estudo inglês sobre a mortalidade por tuberculose na Inglaterra apontou que a redução da mortalidade é resultado da melhoria da qualidade de vida do povo inglês. Salientou que esses fatos colocaram às autoridades das políticas públicas no grande debate sobre a influência dos determinantes sociais na saúde. Nessa linha, a Organização Mundial da Saúde – OMS realizou, em 1986, a 1ª Conferência de Promoção da Saúde, com enfoque do tema dos determinantes sociais e, até o momento, foram realizadas seis conferências mundiais de promoção da saúde. Em 2005, é instituída a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde e, no Brasil, em 2006, institui-se a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. A propósito, salientou que a Constituição Federal do Brasil /88 é a única constituição que contempla os determinantes e condicionantes da saúde. Mais recentemente, à luz da reforma sanitária brasileira, Peru, Bolívia e Venezuela começaram a trabalhar esse conceito ampliado. Salientou que, ao criar o conceito de seguridade social, a CF/88 ancora a questão dos determinantes sociais, com universalização da aposentadoria rural, benefício da atenção continuada, universalização do ensino fundamental. Na Conferência de Determinantes Sociais

da Saúde, realizada de 19 a 21 de outubro, no RJ, foi possível um bom acordo registrado na Carta do Rio. Ressaltou que é preciso levar em conta os 34 milhões de brasileiros que passaram da classe D e E para a C, nos últimos anos, e o esforço para garantir um desenvolvimento econômico em uma perspectiva sustentável. A seguir, apresentou os dados constantes do relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, elaborado pelo professor Alberto Pellegrini Filho. Explicou que a Comissão foi constituída em 2006, Decreto presidencial de 13 de março, sendo composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. As linhas de atuação da Comissão são as seguintes: produção e disseminação de conhecimentos e informações; avaliação de Políticas e Programas; comunicação social; Portal sobre DSS; e projeção Internacional. Ainda no que diz respeito aos determinantes sociais, destacou as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais: idade, sexo e fatores hereditários; estilo de vida individual; redes sociais e comunitárias; condições de vida e as condições de trabalho: ambiente de trabalho, educação, produção agrícola e alimentos, desemprego, água, esgoto, serviços sociais de saúde e habitação. Apresentou ainda os seguintes dados: 1) evolução da proporção de pessoas de 10 anos ou mais de idade na população economicamente ativa (PEA), por setor econômico - Brasil – 1940 a 2000: de 67% no setor primário para 19%, de 21% para 60% no setor secundário; 2) população residente (%), por situação do domicílio – Brasil: 1940, 69% da população residia no campo e 31% nas cidades; e em 2000, 81% da população reside na cidade e 19% no campo; 3) queda da taxa de fecundidade de 6,2%, em 1940 para 2,3% em 2000 (quanto menor o grau de escolaridade, maior a taxa de fecundação); 4) transição epidemiológica – 50 milhões de pessoas acima de 65 anos em 2050; 5) diminuição das taxas do analfabetismo e da mortalidade infantil; 6) cobertura de 100% da vacinação em todas as regiões; 7) ampliação do exame preventivo de câncer de colo, de um lado, dificuldade de diminuir a mortalidade por esse agravo; 8) Indicadores municípios entre 100 e 500 mil hab. com menor (Codó, MA, R\$ 76,65) e maior renda per capita (São Caetano do Sul, SP, R\$ 834,00) ano 2000: a) mortalidade infantil: Codó, MA: 77,4% e b) São Caetano do Sul, SP: 5,4%; b) Taxa de analfabetismo: Codó, MA: 47%; São Caetano do Sul, SP: 3,1%; Codó, MA: c) Proporção de pobres: Codó, MA: 74% e São Caetano do Sul, SP: 2,9%; Porcentagem de pessoas com banheiro e água: Codó, MA: 21% e São Caetano do Sul, SP: 98%; Porcentagem de internação de menores de um ano com doenças parasitárias: Codó, MA: 27% e São Caetano do Sul, SP: 13%. Por fim, salientou que o desafio é alcançar um desenvolvimento econômico sustentável. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** ressaltou que foram criadas condições para o adoecimento das pessoas e não para a saúde e, nessa linha, propôs que fosse realizado um ato simbólico na 14ª CNS para alertar as pessoas para a contaminação dos alimentos pelos agrotóxicos. Também chamou a atenção para as desigualdades econômicas e sociais do país e o impacto nas condições de saúde das pessoas, lembrando que as pessoas pobres e miseráveis têm menor acesso ao SUS. Conselheiro **Volmir Raimondi** ressaltou que há outras regiões no país com utilização excessiva de agrotóxicos contaminando a água e o ar, a exemplo do que ocorre em Lucas do Rio de Verde e, nessa linha, salientou a falta de atuação mais incisiva da vigilância sanitária para coibir esses excessos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou dois encaminhamentos na sua intervenção: que o CNS paute o debate da Portaria que define a Política Nacional de Atenção e Assistência Toxicológica, na lógica de fazê-la avançar; e que a valorização do trabalho seja incluída no centro da agenda política de desenvolvimento como determinante da saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é preciso identificar como definir análise e políticas públicas a partir da ideia de produção social de saúde em contraponto a ideia de produção social de doença, o que demanda marcadores e indicadores mais adequados do que se trabalha. Como encaminhamento, propôs um tensionamento político do CNS em prol de uma consolidação de leis sociais que dê conta de marco regulatório de promoção e produção social de saúde e de proteção social, que, inclusive, orientará a gestão pública para definição de desenvolvimento sustentável e que possibilite inversão do modelo atual. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** manifestou a sua perplexidade diante dos dados colocados e perguntou qual o papel da ANVISA, do Ministério da Saúde e do CNS diante dessa situação. Nessa linha, defendeu que o Pleno paute debate sobre desenvolvimento na perspectiva da equidade para dar respostas à situação colocada. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** também registrou a sua preocupação com os resultados da pesquisa realizada em Lucas do Rio Verde e solicitou informações sobre quais foram às providências tomadas diante dos dados apresentados. No mais, lembrou que, além de outros agravos, o agrotóxico causa surdez e problemas de voz. Conselheira **Jurema Werneck** disse que, para

contemplar pautas importantes como essas, avaliou que o CNS deveria rever a sua dinâmica de debate acerca dos temas considerados prioritários. Ressaltou que o envenenamento de pessoas também é desigual, sendo que uns são mais vulneráveis que outros no envenenamento por agrotóxicos, o que demanda ações dirigidas a esse contingente. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** ressaltou que a situação colocada pelo prof. Pignati é produto da desigualdade estrutural da sociedade capitalista e, nessa linha, perguntou “Saúde para que e quem?” Nessa perspectiva, ressaltou que saúde é qualidade de vida e superação da desigualdade social, além da superação da pobreza. Por fim, propôs que o CNS dê continuidade a esse debate, com convite à representação do governo, de especialistas e dos movimentos sociais, reservando um turno para essa pauta, objetivando definir uma agenda de atuação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** cumprimentou os expositores e avaliou que deveriam ter sido convidados outros atores para esse debate. Desse modo, sugeriu que o CNS pautasse novamente o tema, com convite a representações que tenham afinidade com o assunto, e que o debate sirva de subsídio para a próxima Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde. No mais, propôs que o CNS participe da cruzada contra o uso de agrotóxicos no Brasil. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** informou que a CONTAG, em conjunto com a SGE/MS, SVS/MS e o Grupo da Terra, propõe a realização do seminário nacional sobre o enfrentamento do uso do agrotóxico no Brasil, nos dias 22 e 23 de março de 2012, para discutir as estratégias de enfrentamento do problema e propôs que o CNS participe dessa atividade. Também salientou que é preciso definir formas para implantar CERESTs nos locais com larga utilização de agrotóxico. **Retorno da mesa.** O Professor Dr. **Wanderlei Pignati** começou a sua fala ressaltando que é preciso considerar a relação das doenças “modernas” com a produção de alimentos e também investigar as causas de morte, entendendo que podem estar relacionadas ao uso e consumo de agrotóxicos. Ressaltou que quanto mais distante dos centros piores são as condições de trabalho e a ausência do Estado. Nessa linha, ressaltou que é preciso definir estratégias para garantir a vigilância em um país com a dimensão do Brasil. Manifestou disponibilidade para outros debates, explicando que optou por abordar o modelo do agronegócio no país, pela sua preponderância, mas há outras dimensões que podem ser enfocadas. Por fim, frisou que é preciso discutir o sistema capitalista que influencia na qualidade de vida das pessoas e assegurar a vigilância do desenvolvimento. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, começou a sua intervenção final destacando que os determinantes sociais é uma agenda importante para o SUS e a lógica de trabalho é a qualidade de vida. Ressaltou que é preciso reconhecer os avanços, sem desconsiderar as iniquidades, priorizando as populações com maior risco de adoecer e morrer. Salientou que a questão dos determinantes sociais está na ONU e a Conferência de Determinantes Sociais no Brasil tratou do assunto de forma profunda porque o governo brasileiro dos últimos anos assumiu o compromisso de erradicar a miséria no país. Destacou que é preciso debater questões relativas ao desenvolvimento que repercutem na saúde, dentre elas, energia, saneamento, mobilidade urbana. Por fim, enfatizou que o governo não tem receio de enfrentar essa agenda e, por isso, a SGE realizará atividade com os movimentos sociais para debater o uso do agrotóxico no Brasil. Conselheira **Marisa Furia Silva** fez uso da palavra para solicitar que o seminário nacional, aludido anteriormente pela conselheira Maria do Socorro, também aborde a questão dos alimentos que são prejudiciais à saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** ratificou a proposta de convidar a SVS para debater a Portaria 518/04, que aprova a Norma de Qualidade da Água para Consumo Humano. Após essas considerações, a mesa agradeceu os expositores e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: retomar o debate da Política de Atenção e Vigilância Toxicológica no SUS; pautar novamente esse tema de pauta com a presença de outros atores (especialistas, ANVISA, movimento social); e verificar a possibilidade de participação do CNS no seminário nacional sobre o uso de agrotóxicos no Brasil.** O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS, **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, aproveitou a oportunidade para ressaltar que está envidando esforços para pautar a Política da Poluição LGBT e do Campo e da Floresta na reunião da CIT de novembro. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - APROVAÇÃO DE PARECER - Apresentação:** Conselheira **Ana Estela Haddad**, Coordenadora da CIRH/CNS; e Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, da CIRH/CNS. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Ana Estela Haddad** interveio para dizer que, além dos pareceres, a CIRH tem debatido vários assuntos e informou que a Comissão levou ao MEC a questão colocada na última reunião acerca da situação do campus da Universidade de Brasília



em Ceilândia. Feito esse informe, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** começou a sua fala explicando que até o momento não foram apresentados solicitações de pareceres novos acerca dos três cursos analisados pelo CNS. A seguir, apresentou os pareceres exarados pela CIRH nos seguintes processos: 1) **Referência:** Processo nº 20100000052. **Interessado:** Faculdade de Medicina Nova Esperança de Mossoró. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. **Parecer:** insatisfatório até que as pendências sejam atendidas. 2) **Referência:** Processo nº 201108648. **Interessado:** Universidade de Fortaleza. **Curso:** Reconhecimento do curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório. 3) **Referência:** Processo nº 201014899. **Interessado:** Universidade de Uberaba. **Curso:** Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório. Conselheira **Ana Estela Haddad** acrescentou que serão divulgados os resultados da avaliação de cursos da saúde realizada pelo ENADE. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os três pareceres elaborados pela CIRH – um de autorização, um de reconhecimento e um de renovação.** Em sequência, conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que, na última reunião do CNS, solicitou vistas à proposta de moção, sugerida pelo conselheiro Bruno Metri, sobre as condições de ensino e de trabalho do Campus da Universidade de Brasília, em Ceilândia, a fim de possibilitar maior aprofundamento do tema antes da deliberação. Conselheiro **José Rubens Rebelatto** explicou que o campus da Universidade de Brasília foi devidamente planejado, com repasse de recursos para as obras de infraestrutura, contudo, enfrenta um problema operacional. Explicou, ainda, que a Universidade associou-se ao GDF para contratação de empresas responsáveis pela construção e, por um conjunto de problemas, a empreiteira atrasou as obras, em alguns casos, por mais de dez meses. Esse fato gerou uma situação difícil para o GDF e a UnB e ocorreram manifestações democráticas de protestos a respeito. No entendimento do MEC, a Universidade tem controle da situação, tanto que foi realizada uma reunião do Conselho Universitário da UnB em que foram debatidas várias questões, inclusive formas de acompanhamento das construções e a suspensão do vestibular para o campus sob a alegação de impossibilidade de receber novos alunos. O Conselho Universitário da Universidade decidiu instituir comissão paritária para acompanhar as obras do campus e indeferir a proposta de suspensão do vestibular. O MEC acompanha a situação e a Universidade está sendo acompanhada pelos órgãos competentes. No mais, lembrou o processo de revitalização física e tecnológica dos 46 Hospitais Universitários Federais, por meio do REUNE e REUF, e para reforma do Hospital Universitário de Brasília foram disponibilizados R\$ 8 milhões. Contudo, disse que há problemas com empresas responsáveis pela reforma e o MEC aguarda a conclusão das obras para implantação dos equipamentos adquiridos para essa unidade. Ressaltou que, em reunião, o novo diretor do HUB, Armando Raggio, comprometeu-se a alocar os recursos disponibilizados até 4 de dezembro de 2011, a fim de executá-los em 2012. **Manifestações.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, em nome do FENTAS, informou que o tema das residências multiprofissionais em saúde foi amplamente discutido na reunião do FENTAS. Registrou a preocupação do Fórum à realização, sob a coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional e com recurso do MEC, do 1º encontro de coordenadores de programas de residências multiprofissionais e oficina de trabalho das Câmaras Técnicas, vez que essas decisões vão de encontro aos resultados do Seminário de Residência Multiprofissional em Saúde. Salientou que o relatório do Seminário não foi divulgado e o GT constituído para debater os resultados da atividade ainda não se reuniu. Lamentou essa situação, vez que descumpra os acordos firmados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu resolver a questão da denúncia sobre o campus da UnB em Ceilândia para depois debater o assunto colocado pela Conselheira Ruth Ribeiro. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que a denúncia sobre a situação do campus da UnB permaneça como pendência até que as ações propostas sejam implementadas em tempo factível. Conselheira **Ana Estela Haddad** propôs continuar com o acompanhamento da situação do campus da UnB. **Deliberação: a respeito da denúncia sobre a situação do campus da UnB, o Pleno decidiu continuar o acompanhamento dessa questão, por meio da CIRH/CNS, até que resolva os problemas colocados.** A seguir, conselheiro **José Marcos de Oliveira** concedeu a palavra para manifestações sobre a que fora colocado pela conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** ressaltou que o diálogo com o MEC e MS sobre residência multiprofissional tem sido construído com muito cuidado e a resolução sobre residência profissional é um produto dos diálogos e acordos construídos. Salientou que, além das questões colocadas pela conselheira Ruth Ribeiro, o segmento dos trabalhadores foi surpreendido com a publicação da portaria reajustando os valores das bolsas de residência dos profissionais médicos, contrariando o acordo firmado no seminário de que o reajuste do valor

da bolsa de residência seria para todas as categorias profissionais. Salientou que essas iniciativas contrariam o processo de construção coletiva e de diálogo entre os setores da saúde e da educação. Sendo assim, é preciso definir uma solução para a situação posta. Conselheiro **José Rubens Rebelatto** também destacou a importância do diálogo construído entre MEC e MS e salientou que é preciso aprofundar e esclarecer os pontos apresentados. Sobre o Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, lembrou que o governo, independente do MEC e do MS, comprometeu-se a participar do custeio da atividade, como assim o fez, tendo em vista os problemas orçamentários e financeiros do MEC. Acrescentou que o Ministério da Educação realizará as atividades planejadas como reuniões técnicas e início do processo de capacitação dos avaliadores dos programas de residências. Por fim, disse que o diálogo é o mais importante e a construção é maior que os problemas e que estes estão sob controle. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** salientou que foram discutidos no FENTAS os seguintes pontos: ausência do relatório do Seminário; e ofício apresentado ao Pleno do CNS. Também destacou que o MEC não informou sobre as atividades previstas durante as reuniões da Comissão Organizadora do Seminário. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou maiores esclarecimentos sobre o valor das bolsas de residência, pois, no seu entendimento, o valor é o mesmo para as residências multiprofissionais. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira** reiterou que o valor da bolsa da residência multiprofissional é o mesmo dos médicos residentes e disse que, se preciso fosse, disponibilizaria a Portaria que disciplina essa questão. Conselheira **Ana Estela Haddad** acrescentou que a bolsa de residência multiprofissional da área da saúde é equiparada à da residência médica, portanto, o reajuste é feito de forma linear a todos esses residentes (área médica e multiprofissional). Além disso, explicou que o GT instituído para debater os resultados do Seminário Nacional de Residência Profissional ainda não se reuniu, pela dificuldade de definir uma data que garanta a participação dos integrantes. Assim que haja superação desse problema, o Relatório do Seminário será debatido. No mais, salientou que o Seminário Nacional e o processo avaliativo realizado pelo MEC visam à melhoria da qualidade dos cursos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu a convocação do GT constituído pelo CNS para trabalhar os encaminhamentos do Seminário de Residência Multiprofissional e também discutir as questões levantadas pelos conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou qual é o dispositivo legal que vincula o reajuste da bolsa de residência médica à multiprofissional. Em resposta, a conselheira **Ana Estela Haddad** informou que é a Lei 11.129/05. **Deliberação: convocar, o mais breve possível, o GT constituído pelo CNS para trabalhar os encaminhamentos do Seminário de Residência Multiprofissional, e discutir também as questões levantadas pelos conselheiros, ITEM 7 – RESOLUÇÃO 333 - Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Adalberto Bouffleur**, do GT 333/03. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que o GT 333/03 reuniu-se no dia 25 de outubro de 2011 para avaliar a interesse do controle social na consulta pública sobre a Resolução nº. 333/03. Disse que a consulta contou com a participação de 63 pessoas com 269 contribuições que apontam para problemas conhecidos e que precisam ser resolvidos. Considerando a necessidade de ampliar a participação, apresentou a proposta do GT de prorrogar a consulta pública sobre a Resolução nº. 333, de 21 de novembro a 21 de dezembro de 2011, retomando o debate em 2012. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** acrescentou que o GT tratou da importância de vincular o debate da Resolução com os debates que possam acontecer na 14ª e sugeriu que, no caso de algum ponto polêmico da Resolução nº. 333 ser levantado na 14ª CNS, o CNS considere a deliberação da Conferência acerca do tema. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** destacou que questões levantadas na 14ª CNS podem ser apresentadas como sugestão à Resolução nº. 333/03. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que vários pontos sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde chegarão à etapa nacional da 14ª CNS e, após a Conferência, as deliberações serão trazidas ao CNS para servirem de diretrizes. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** sugeriu que o Pleno do CNS aguarde a realização da 14ª Conferência para verificar se haverá questões polêmicas ou não acerca da Resolução nº. 333/03 para definir o encaminhamento. Na linha da intervenção do conselheiro Venâncio, a mesa colocou em apreciação o encaminhamento sugerido pelo GT da 333/03. **Deliberação: o Plenário decidiu prorrogar a consulta pública sobre a Resolução nº. 333 até 21 de dezembro de 2011. Esse tema retorna ao CNS em 2012, para definição.** A respeito do item 8 – Informes e Indicações, o Pleno decidiu transferir para o início do segundo dia da reunião. Definido esse ponto, conselheiro **José Marcos de Oliveira** encerrou os trabalhos do primeiro dia da reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva, Alcides**

Silva de Miranda, Artur Custódio M. Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuaiwi Omoro, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Junéia M. Batista, Jurema Pinto Werneck, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria do Socorro de Souza, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson Augusto Mussolini, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Reginaldo Neves Gomes, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza. *Suplentes* - Ana Estela Haddad, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Arnaldo Marcolino, Eurídice Ferreira de Almeida, Eliane Aparecida da Cruz, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Ivone Evangelista Cabral, Jeferson Seidler, José Eri Medeiros, José Naum de Mesquita Chagas, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Júlia Roland, Laudeci V. dos Santos, Luiz Aníbal Vieira Machado, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton Arruda Martins, Nardir Francisco do Amaral, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghashi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira, Ronald Ferreira dos Santos e Sebastião Geraldo Venâncio. O segundo dia de reunião iniciou-se com o item 9 da pauta. **ITEM 9 – SAÚDE INDÍGENA-** Alves de Souza, Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS; **Sônia Guajajara**, representante da Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB; **Lázaro Calixto Xerente**, representante dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDIs. *Coordenação:* Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, inicialmente, disse que a intenção é debater a situação da saúde indígena após um ano da criação da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/MS. A seguir, O Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI, **Antônio Alves de Souza**, começou a sua fala cumprimentando a todos e manifestando a satisfação em estar na reunião do CNS para prestar contas sobre o seu trabalho, após um ano de criação da SESAI. Na sua exposição, apresentou os avanços, os desafios e as ações para o período de 2012 a 2015. Explicou que a SESAI nasceu com a missão de fazer com que a atenção à saúde indígena seja integral, de qualidade, resolutiva e humanizada, como merecem esses povos. Nessa linha, iniciou-se a reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Segundo o Secretário, muito ainda falta fazer para atingir os objetivos, mas os primeiros resultados desse intenso trabalho, após um ano de criação da SESAI, já podem ser percebidos. Mostrou fotos que demonstram um quadro geral de sucateamento dos equipamentos e precariedade de instalações de pólos bases e CASAs e, em alguns casos, foi feita interdição, com transferência para outro local. No que diz respeito à gestão do Subsistema de Saúde Indígena, explicou que antes da criação da SESAI/MS a situação era a seguinte: Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sem autonomia financeira e administrativa; Servidores do DSEIs desvalorizados e sem capacitação; 35 Convênios da saúde indígena sendo: 31 com ONGs e 4 com Prefeituras (a maioria com itens vedados pelo acórdão 823/2004 do TCU); recursos financeiros administrados por vários órgãos (Prefeituras, Funasa e SAS), dificultando o controle por parte do nível Federal; frota de veículos insuficiente e sucateada; rede e equipamentos de informática e comunicação insuficientes e precários; e maior parte das unidades dos DSEIs e CASAs sem sede própria. Após um ano da SESAI/MS, foi feita a implementação de um novo modelo de gestão descentralizado no SASISUS, atendendo a reivindicação dos povos indígenas, com os 34 DSEIs como Unidades Gestoras (UGs). Destes, 29 são também unidades executoras (Alagoas/Sergipe, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Amapá e Norte do Pará, Araguaia, Bahia, Ceará, Cuiabá, Guamá Tocantins, Kaiapó, Minas Gerais/Espírito Santo, Litoral Sul, Parintins, Pernambuco, Mato Grosso, Leste de Roraima, Manaus, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Porto Velho, Potiguara, Tocantins, Vale do Javari, Vilhena, Xavante, Xingu e Yanomami) e cinco DSEIs ainda não estão em condições plenas de execução (Altamira, Kaiapó Pará, Médio Rio Purus, Rio Tapajós e Médio Solimões). Para garantir a autonomia dos DSEIs, foram capacitados 215 servidores dos Distritos Sanitários em um ou mais dos sistemas de administração orçamentária e financeira, RH, logística e licitações possibilitando a organização administrativa dos DSEIs. Além disso, os recursos da saúde indígena passaram à administração da SESAI, facilitando a execução orçamentária, bem como a fiscalização dos recursos, dando mais agilidade na execução das ações. Explicou que o Orçamento de 2011 (elaborado pela FUNASA e executado a partir de abril pela SESAI) é de R\$ 479,77 milhões e a Proposta de Orçamento 2012, elaborada pela SESAI, é de R\$ 690,65

1076 milhões. Deste valor, R\$ 170 milhões correspondem aos recursos que eram repassados às  
1077 prefeituras, via IAB-PI e IAE-PI, que a partir de 2012 serão incorporados ao orçamento da  
1078 SESAI. Também incluídos os R\$ 65 milhões do PAC II para saneamento em terras indígenas.  
1079 No que se refere aos indígenas aldeados, o per capita é de R\$ 1.000,00 para assistência,  
1080 pagamento de equipes, remoção de indígenas para a cidade, seis refeições nas CASAs e, em  
1081 função de carência na rede SUS, a SESAI está sendo instada pelo Ministério Público Federal  
1082 para garantir o TFD Indígena, o que não é atribuição da Secretaria. Destacou as licitações de  
1083 2010 com empenhos 2011 para compra de barcos, motores de popa, Veículos tipo  
1084 caminhonete Pick-Up 4 X 4, Material Medico hospitalar, Gerador para consultorio  
1085 odontontologico portátil, Aquisição de equipamento Vigilância Alimentar e Nutricional (Balanças  
1086 e Suportes), rádios, Consultório odontontológico portátil, totalizando R\$ 24 milhões. Também  
1087 destacou licitações da SESAI 2011 com empenhos 2011, totalizando R\$ 4.059.793,00 e  
1088 licitações de DSEIS 2011 como unidade gestora executora. Disse ainda que foi autorizado,  
1089 excepcionalmente, pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão a locação de  
1090 imóveis, sendo 33 processos de locação de imóveis em andamento. Na linha do fortalecimento  
1091 dos sistemas de informação e dos processos de monitoramento e avaliação, apresentou as  
1092 ações em processo de implantação. São elas: Sistemas de informação da saúde indígena em  
1093 funcionamento na plataforma do DATASUS; implantação do cartão SUS para 650 mil indígenas  
1094 (com recadastramento de 60% dos indígenas que já possuem o cartão); Versão IV do SIASI,  
1095 sendo 70% do sistema com módulo web (fim dos registros de informações em papel);  
1096 realização de projeto piloto, em dezembro, no DSEI Mato Grosso do módulo de captação de  
1097 dados epidemiológicos em área remota (mesma tecnologia usa pelo IBGE); e implantação do  
1098 SIARH (Sistema de Integrado de Administração de Recursos Humanos), GEOSI (Sistema de  
1099 Informação Georreferenciada) e Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica, incluindo o  
1100 módulo de monitoramento de dispensação. Em relação à força de trabalho para saúde  
1101 indígena, explicou que antes da SESAI desconhecia-se o real quantitativo da força de trabalho  
1102 existente por conta das diversas formas de contratação de pessoal (ONGs, prefeituras e  
1103 efetivos). Ressaltou que profissionais eram contratados pelas prefeituras sem garantias  
1104 trabalhistas e profissionais aprovados em processo seletivo simplificado para contratação  
1105 temporária, mas sem convocação. Explicou que a Secretaria realizou levantamento da força de  
1106 trabalho da saúde indígena, identificando 8.211 servidores e, a partir de 1º novembro de 2011,  
1107 o número passa a 12.184 profissionais na área de saúde. Assim, o efetivo de trabalhadores da  
1108 Saúde Indígena é 14.345, sendo 2.160 redistribuídos para SESAI. Acrescentou que a  
1109 SESAI/MS convocou 802 servidores temporários, aprovados em concurso: 269 profissionais da  
1110 área de saúde e 533 da área da administrativa. Além disso, ressaltou que foi realizado  
1111 chamamento público para convocar entidades a serem conveniadas e o critério para inscrição  
1112 foi o certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, atendendo exigência legal. Das  
1113 21 entidades inscritas, apenas três possuíam Certificação de Entidade Beneficente de  
1114 Assistência Social – CEBAS e foram conveniadas: SPDM, Missão Caiuá e IMP de  
1115 Pernambuco. Destacou a economia de R\$ 96 milhões com a realização de novos convênios  
1116 com entidades que possuem CEBAS. Também destacou a melhoria na remuneração dos  
1117 profissionais de saúde e a garantia dos direitos trabalhistas. No mais, explicou que a SESAI  
1118 criou a equipe de saneamento, composta pelos seguintes profissionais: engenheiro/analista,  
1119 geólogo, arquiteto, técnico de saneamento e técnico de laboratório. Ressaltou que a SESAI  
1120 deu continuidade às ações e aos programas implantados nos DSEI e deu início à discussão do  
1121 modelo de atenção à saúde considerando as linhas do cuidado integral articulada às práticas e  
1122 medicina tradicionais de saúde e a execução de ações de saneamento e edificação de  
1123 unidades de saúde adaptadas à realidade das áreas indígenas. A respeito da atenção à saúde  
1124 indígena, explicou que os DSEIs Xavante e Vale do Javari possuem monitoramento  
1125 diferenciado por conta das condições específicas. No caso do DSEI Xavante, disse que foi  
1126 iniciada investigação de óbito materno e infantil com os seguintes passos: realizada oficina de  
1127 avaliação das ações de investigação e análise de óbitos materno e infantil desenvolvidas no  
1128 âmbito do DSEI Xavante; garantida a participação dos indígenas no comitê regional de estudos  
1129 e prevenção de morte materna e infantil; definido o fluxo de investigação de óbito materno e  
1130 infantil para o DSEI Xavante e os prazos para investigação e notificação do Distrito para a  
1131 regional de saúde; e regulamentada a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das  
1132 informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde sob a  
1133 gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Em relação ao DSEI do Vale do Javari, as ações  
1134 implementadas referem-se ao acesso ao tratamento das hepatites virais. Sendo assim, em  
1135 2011, foram realizados 2 Manejos Clínicos com 203 indígenas das etnias kanamary, mayuruna,

marubo e matis, com os seguintes resultados: 31 indígenas identificados como portadores de HBV, destes: 28 indígenas iniciaram o tratamento com *interferon*, ficando alojados na Casa de Apoio em Tabatinga para realização do tratamento; 28 são também portadores de HDV; e 3 casos foram encaminhados para realização de transplante. Durante o manejo clínico foram realizadas outras ações como vacinação e profilaxia para malária. Falou também da ação de regulação, integrando as redes de Saúde, e destacou o DSEI Mato Grosso do Sul (com 15 Pólos Base): Regional de Saúde de Dourados – dos 7 Pólos Base, 4 foram integrados à Central Regional de Regulação como unidades solicitantes de procedimentos ambulatoriais. Na Regional de Saúde de Campo Grande e Três Lagoas, a integração foi iniciada em outubro com término previsto para o final de novembro. Disse que a CASAI de Manaus está em treinamento para se integrar a Central Regional de Regulação de Manaus, como unidade solicitante. Informou ainda a introdução de Teste Rápido HIV e sífilis nas aldeias, destacando: realizados os testes nos 9 DSEIs dos estados do Amazonas e de Roraima (46 mil indígenas destes DSEIs tiveram acesso ao diagnóstico de HIV e sífilis) e profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena capacitados em Controle de Qualidade do Teste Rápido. Nos demais Distritos, foram capacitados 02 profissionais de cada DSEI como multiplicadores, no total de 50 profissionais. Acrescentou que nos dias 28 e 29 de novembro e 1º e 2 de dezembro, os profissionais dos 25 DSEIs serão capacitados em controle de qualidade do teste rápido, o que garantirá a qualidade da testagem. A respeito da assistência farmacêutica, disse que foi elaborado o formulário eletrônico para diagnóstico das condições físicas dos CAFs (Centros de Assistência Farmacêutica) e informações de farmacoepidemiologia (utilização de medicamentos) nos DSEIs. A SESAI participa do Grupo de Trabalho de revisão da lista dos medicamentos essenciais para a saúde (RENAME) e foi elaborada minuta de proposta contendo as Diretrizes da Assistência Farmacêutica do SASISUS com participação de outros profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica. Além disso, a proposta é levar os Programas Saúde não tem Preço e Farmácia Popular à população indígena. No mais, falou do Programa Brasil Sorridente Indígena para ser implementado no SasiSUS, que conta com duas fases: capacitação e intervenção. Disse que está em andamento a contratação, pela SPDM e Missão Caiuá, dos profissionais de saúde bucal (segunda quinzena de novembro) e está programada a capacitação para o período de 29 de novembro a 2 de dezembro. Para isso, foi feita a aquisição de instrumental clínico-cirúrgico (kit completo para cada odontólogo, com 57 itens) e kits de ionômero de vidro para procedimentos de restauradores e 37 consultórios portáteis (18 para Alto Solimões, 9 para Alto Purus e 10 para Xavante. Em fase de entrega). Também disse que foi definido um conjunto de ações para o controle da malária, visto que se trata de um agravo presente nos DSEIs com maior ou menor incidência. Falou do abastecimento de água e saneamento ambiental, explicando se tratar de um dos pontos críticos, vez que não foi possível avançar pela falta de serviços organizados nos Distritos e dependência da FUNASA. No que se refere às obras de abastecimento de água, destacou a descentralização R\$ 33.626.001,75 para a FUNASA, conforme programação enviada pelos DSEIs. Sendo que deste montante, somente R\$ 3.461.901,49 do recurso foram empenhados para a contratação de obras de SAA: implantações - 8 obras no valor de R\$ 1.655.590,51; e reforma e/ou ampliação: 21 serviços no valor de R\$ 1.806.310,98. A respeito das obras de saneamento ambiental, foram descentralizados R\$ 6.523.998,25 para a FUNASA, conforme programação enviada pelos DSEIs e até o momento não foi empenhado nenhum recurso para as obras de Melhorias Sanitárias Domiciliares. Em relação ao controle social, a situação antes da criação da SESAI/MS era a seguinte: mandatos dos conselheiros locais e distritais irregulares; falta de regularidade na realização das reuniões periódicas dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi); e Regimentos Internos dos Conselhos Locais, Distritais e do Fórum de Presidente de Condisi desatualizados e em desacordo com a Resolução 333/2003 do CNS. Após a criação da SESAI, foram realizadas 37 Reuniões do CONDISI realizadas em 2011 e 6 Reuniões do Fórum de Presidentes de CONDISI realizadas, além de eleições e atualização de Regimentos e garantia da participação de indígenas nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional. Além disso, salientou a descentralização de recursos orçamentários e financeiros para as atividades do Controle Social - 2011 no total de R\$ 1.928.460,60 (de abril a novembro de 2011). Seguindo, falou do Planejamento estratégico 2011, com destaque para o objetivo estratégico nº 7: implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais. Desse objetivo, destacou a estratégia 10: Implementação de um novo modelo de gestão no SasiSUS descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária,

financeira e responsabilidade sanitária e os produtos e atividades: 10.1 - Unidades Gestoras Implantadas em todos os DSEIs – concluída (29 Unidades implantadas e executoras); 10.2 - Os 34 DSEIs reorganizados e estruturados, com pelo menos 15 DSEIs em funcionamento pleno; 10.3 Todos os DSEIs com planos distritais elaborados e aprovados; 10.4 Concluído o inventário e a transferência de bens patrimoniais móveis e imóveis, equipamentos de monitoramento de qualidade da água e de construção de poços, bem como o acervo documental da Funasa para a Sesai; 10.5 Critérios para aquisição de veículos de transporte da saúde indígena definidos e normatizados; 10.6 - Sesai organizada e estruturada para gestão do SasiSUS; e 10.7 - Monitorar:- Vale do Javari - mortes indígenas por mês no Xavante . Também abordou o PPA 2012 – 2015 com destaque ao Objetivo 7: Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais e suas iniciativas: 1) Implementação de modelo de atenção integral centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, integralidade e intersetorialidade das ações, participação popular e articulação com as práticas e medicinas tradicionais; 2) Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade adequadas, considerando os critérios epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas, com metas até 2022 (Universalizar os serviços de abastecimento de água nas aldeias com mais de 50 indígenas; 3) Estruturação do SASISUS. Na sequência, fez uso da palavra a representante da COIAB, **Sônia Guajajara**, que iniciou cumprimentando as representações indígenas presentes e demais participantes e agradecendo a oportunidade de debater o tema no CNS. Salientou que, diante da grave situação da saúde indígena, o movimento reagiu no sentido de garantir mudança, o que culminou na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI/MS. Em que pese essa conquista da criação da Secretaria, avaliou que não foi possível avançar como se gostaria nesse primeiro ano da SESAI, com a participação plena dos povos indígenas no processo. Ressaltou que o planejamento estratégico, com iniciativas e metas é essencial, contudo deve ser feito considerando as realidades locais e assegurando a participação dos povos indígenas. Reconheceu a importância do Fórum dos Presidentes dos Conselhos de saúde indígena, contudo, ponderou que não deve ser considerada a instância única de decisão, sendo necessário fortalecer as bases para fazer chegar as demandas à esfera nacional. Fez referência aos dois anos de construção da SESAI, com a participação do movimento indígena e salientou que é preciso continuar a luta para que a Secretaria não cometa os mesmos erros da FUNASA. Disse que os povos indígenas cobram pelo que não foi executado e pelo acordo firmado de que participariam de todo o processo, até mesmo da indicação dos chefes dos DSEIs, o que não está ocorrendo. Questionou a centralização dos convênios em apenas três ONGs, por entender que são insuficientes para atender a diversidade e especificidade étnica e cultural dos povos indígenas. No mais, salientou que, além da exigência do CEBAS, é preciso avaliar a situação das organizações, vez que a COIAB recebeu denúncias de irregularidades em relação a uma das Organizações contratadas. Também ressaltou a importância de capacitar os conselheiros dos CONDIsIs para que exerçam a fiscalização e o controle das políticas voltadas aos povos indígenas. Finalizando, apelou à SESAI/MS que atenda as demandas do Fórum, priorizando a autonomia administrativa e financeira dos DSEIs e a contratação direta de pessoal da saúde indígena. O representante dos CONDIsIs, **Lázaro Calixto Xerente**, cumprimentou os representantes indígenas e os demais presentes à reunião, além do Secretário da SESAI/MS. Ressaltou que a criação da Secretaria, resultado da reivindicação dos povos indígenas do Brasil, é um avanço, contudo, sinalizou a preocupação dos seus parentes com a possibilidade de a Secretaria cometer os mesmos equívocos da responsável anterior pelas ações e serviços de saúde das populações indígenas. Assim, apelou ao Secretário que garanta a participação da comunidade indígena nas decisões da SESAI, conforme compromisso assumido quando da criação da Secretaria. Também conclamou o CNS, o Fórum e o movimento indígena para, juntos, lutar pela aprovação do orçamento proposto para a SESAI/MS em 2012, a fim de assegurar a assistência aos povos indígenas. Salientou ainda a importância de fortalecer o controle social nas três esferas, haja vista o papel essencial deste na fiscalização da execução das políticas. No mais, salientou que a saúde não se resume ao cuidado, com disponibilização de medicamento, visto que envolve outras dimensões como meio ambiente, agricultura, alimentação, moradia digna, comunicação. Solicitou ainda o apoio CNS na luta pelo reconhecimento dos agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Por fim, disse que o movimento indígena está à disposição para contribuir com o trabalho da SESAI/MS.

**Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou as representações indígenas presentes e salientou a importância de apoio e solidariedade aos povos indígenas por conta dos ataques sofridos. Registrou a sua confiança e o seu respeito ao Conselheiro Antônio Alves, ressaltando o empenho dele para cumprir o papel designado pela Presidente Dilma Rousseff à frente da SESAI/MS. Destacou que a saúde indígena está envolta em um processo estruturado, e que, as vezes, impede a realização das ações almejadas pelos povos indígenas. Salientou que é fundamental a garantia da autonomia dessa população e a profissionalização dos gestores dos Distritos, com participação dos povos indígenas. A respeito da força de trabalho, defendeu que a SESAI adote a isonomia salarial para todos os profissionais, conforme nível de formação. Lamentou a dificuldade imposta pelo MPOG para contratação de pessoal, levando a SESAI a firmar convênio com ONGs, o que é contra e a decisão do Ministério Público de contrapor-se a contratação de entidades, de acordo com a legislação. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou os integrantes da mesa e registrou o apoio do CONASEMS para implantação da Política de Saúde Indígena, por meio da SESAI/MS. Recuperou que, em 2007, o CNS enviou GT à aldeia do Rio Novo para participar de reunião com lideranças indígenas e o Plenário aprovou relatório que apontava a necessidade de mudança na gestão do Subsistema de Saúde Indígena. Nessa linha, salientou que o CNS é responsável por esse processo e de continuar a apoiar as ações da Secretaria, em especial, a de garantir a autonomia dos DSEIs. Também se colocou a disposição para contribuir com o trabalho da Secretaria e apontou a necessidade de descentralização e autonomia gestora. Por fim, frisou a importância de atuação intersetorial no que se refere à saúde indígena, assegurando a participação do Ministério da Defesa, Ministério da Agricultura, entre outros. Nesse momento, conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** passou a compor a mesa junto com os demais convidados. Conselheiro **Rildo Mendes** começou salientando que o maior problema enfrentado pelos povos indígenas refere-se à falta de política social por parte do governo. Manifestou preocupação com a baixa execução dos recursos destinados à estruturação das unidades de saúde para atendimento da população indígena (execução de apenas 1,7% dos R\$ 16 milhões e R\$ 1,6 milhão empenhado). Avaliou que esse é o pior momento da saúde indígena e ressaltou, a título de exemplo, que não há nenhum funcionário contratado para atuar na Região Sul (no dia 31 de outubro, mais de 800 pessoas foram demitidas). Além disso, enfrentam-se problemas de desabastecimento de insumos e medicamentos, falta de recursos para saneamento, cancelamento do convênio para transporte dos indígenas das aldeias para as unidades de referência. Registrou a discordância com o que está sendo pensado para os povos indígenas e com a contratação de pessoal por meio de ONGs, destacando inclusive que há uma entidade que é acusada de desvio de recurso e ainda assim o Ministério insiste na sua contratação. Finalizando, reiterou que os povos indígenas defendem a contratação direta dos profissionais para saúde indígena, assegurando atendimento de qualidade e permanente. O representante indígena, **Edmilson Canale**, manifestou satisfação em retornar ao CNS para dar continuidade ao debate sobre a saúde dos povos indígenas. Reafirmou os avanços alcançados no último ano com a criação da SESAI e salientou que as ações implementadas pela Secretaria atingem interesses daqueles que se beneficiavam de forma indevida com os recursos destinados à saúde indígena. Observou que as ações realizadas pela SESAI estão de acordo com as demandas defendidas pelos povos indígenas e citou, como exemplo: a autonomia dos Distritos, com indicação técnica dos seus chefes; incorporação dos recursos que eram repassados às prefeituras ao orçamento da SESAI; reestruturação física e logística dos Distritos; execução de ações de saneamento; e fortalecimento do controle social. Concordeu que é necessário redefinir a política de pessoal para a saúde indígena, mas, para isso, é necessária decisão do MPOG. Por fim, avaliou que a SESAI está no caminho correto, sendo necessários ajustes ao processo, com a participação dos povos indígenas. Conselheiro **Reginaldo Neves Gomes** salientou que o momento é de luta pela contratação direta dos profissionais de saúde indígena, haja vista os problemas enfrentados por esses profissionais com a contratação indireta (na condição de AIsAN, por exemplo, está há mais de quatro meses sem receber pagamento pelos serviços). Salientou que é preciso considerar nesse contexto que a Secretaria possui uma herança negativa da corrupção na FUNASA, o que dificulta a implementação das ações. Finalizando, manifestou o apoio à SESAI e aproveitou para convidar o Ministro da Saúde para o seminário a realizar-se de 17 a 19 de novembro de 2011. Conselheiro **Edmundo Dzuiwi Omere**, após saudar o Ministro da Saúde e o Secretário da SESAI, salientou que a herança da FUNASA é lamentável e triste, com prejuízos aos povos indígenas, portanto, não pode ser repetida. Destacou a sua confiança na gestão do Secretário Antônio Alves, mas defendeu a participação da comunidade



indígena nesse processo e fortalecimento do controle social indígena. Salientou que crianças e mulheres indígenas continuam a morrer por falta de atendimento e, a propósito, informou a morte de uma criança indígena na semana anterior. Também salientou a situação crítica das CASAI com obras inacabadas, a falta de saneamento nas aldeias, ausência de profissionais, reforçando a necessidade de dar resposta a essa situação. A respeito do Programa Brasil Sorridente Indígena, defendeu a contratação de profissionais de saúde bucal e aquisição de instrumentos e equipamentos para atendimento dos povos indígenas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uso da palavra para lamentar a morte da criança indígena na semana anterior e reiterou a importância de continuar a luta a fim de evitar a morte precoce de crianças. O assessor da SESAI/MS, **Valdenir França**, reiterou que as críticas à SESAI/MS decorrem do fato de as ações da Secretaria ter tirado do estado de conforto aqueles que se beneficiavam indevidamente dos recursos da saúde indígena. Informou que foram exonerados chefes de Distritos por desvio de conduta e de finalidade, lembrando que o cartão de combustível era moeda de troca em alguns locais. Conclamou as entidades indígenas a unir-se em defesa da contratação direta dos profissionais para atuar na saúde indígena e solicitou novamente o apoio do CNS à luta dos povos indígenas. **Retorno da mesa.** O Secretário da SESAI/MS, **Antônio Alves de Souza**, comentou as principais questões que emergiram das intervenções, mas, antes, cumprimentou e agradeceu o Ministro da Saúde pelo apoio à SESAI, sendo que esta é a única Secretaria do Ministério da Saúde que possui comitê executivo para resolver questões emergenciais. Explicou que os seminários do GT de Saúde Indígena foram gravados e em nenhum momento prometeu que a indicação para cargos seria submetida à aprovação dos povos indígenas, vez que o ato de nomear é competência da Presidente da República, conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Ressaltou que os povos indígenas devem fiscalizar as ações dos Distritos e a gestão fará as mudanças nos locais onde for necessário. Reiterou que o chamamento público foi feito dentro da legalidade e a minuta foi entregue aos órgãos de fiscalização para avaliação e não houve questionamento. No mais, esclareceu que, conforme a LDO 2011, o Ministro da Saúde não pode firmar convênio e repassar recurso para Organização que não possua Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS. Ressaltou que, após a seleção das três Organizações, foi feita consulta e verificou-se que não havia restrição a nenhuma delas. Por outro lado, recuperou que uma das ONGs defendidas pelo movimento do Sul está sendo investigada pela CPI das ONGs. A respeito da contratação de pessoal, disse que o governo dispõe de regras para contratação que devem ser seguidas, por exemplo, limite de contratação pela Lei de Responsabilidade Fiscal. No caso dos AISAN e dos agentes de saúde indígena, explicou que é impossível realizar concurso público para contratação porque estes profissionais devem ser escolhidos de acordo com a realidade local. Assim, a SESAI/MS discutirá com o MPOG uma forma de contratação desses e de outros profissionais indispensáveis à saúde indígena, tais como intérprete, motorista de barco, entre outros. Afirmou que defende a perenidade das ações e serviços de saúde para os indígenas, mas ainda não há respostas para a situação por conta da complexidade e função diferenciada dos profissionais para atuar nas aldeias. Concordou que é preciso fortalecer as instâncias de controle social indígena e, nessa linha, os conselhos de saúde indígena e os DSEIs terão orçamento para essa finalidade. Por outro lado, salientou que os conselheiros devem trazer as discussões da sua base e levar as informações. Nesse sentido, disse que é preciso fazer debate sobre a representatividade dos conselheiros e do papel do controle social. Disse, ainda, que é impossível reconstruir o Subsistema de Saúde Indígena, dada a sua complexidade, em apenas um ano de gestão, mesmo com uma equipe à frente do Ministério da Saúde que apoia a saúde indígena. Finalizando, disse que é preciso definir parceria e integração com CONASS, CONASEMS e outras áreas para alcançar as metas definidas. A representante da COIAB, **Sônia Guajajara**, explicou que a intenção da COIAB é contribuir no processo de consolidação do Subsistema de Saúde Indígena e salientou que a SESAI/MS deve considerar a diversidade dos povos indígenas na definição de ações e assegurar a participação do movimento indígena na escolha dos chefes de Distritos. Também concordou que é preciso unir esforços para fazer um movimento no MPOG em favor da contratação direta de profissionais para a saúde indígena. Salientou que é preciso ampliar o debate entre os movimentos e juntos definir o melhor caminho. Reiterou o pedido de participação das organizações indígenas nas reuniões do Fórum. O representante dos CONDISI, **Lázaro Calixto Xerente**, também salientou a importância de atuação conjunta - gestão, controle social e movimento indígena, a fim de fortalecer o Subsistema de Saúde Indígena e assegurar a saúde com qualidade (bem estar físico, mental e social). Também reiterou o pedido do Fórum de assegurar a contratação direta dos profissionais para atuar na saúde indígena, garantindo

1376 assistência nas aldeias. **Manifestações.** Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** manifestou o  
1377 apoio e a solidariedade da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn aos povos indígenas,  
1378 lembrando que o Conselho Federal de Enfermagem conta com profissionais indígenas.  
1379 Cumprimentou o Secretário Antônio Alves pela apresentação, mas sentiu falta, no relatório  
1380 apresentado, do posicionamento das pessoas assistidas. Também salientou que a saúde  
1381 indígena é uma questão intersetorial que necessita ser tratada por vários setores, em conjunto.  
1382 Ressaltou que a Associação defende o SUS para todos, incluindo os povos indígenas e a  
1383 precarização é uma prática de gestão administrativa falida porque não fortalece a fixação do  
1384 profissional no território e impede a constituição de vínculo, comprometendo a relação de  
1385 confiança entre o profissional e a comunidade assistida. Defendeu a contratação direta de  
1386 profissionais, isonomia salarial e política de fixação de profissionais e também apoiou a  
1387 participação da população indígena do território na tomada de decisão sobre as iniciativas que  
1388 se revertam em bem estar à comunidade assistida. Conselheiro **Arthur Custódio M. de Souza**  
1389 reconheceu que a SESAI/MS assumiu a saúde indígena com grandes desafios a serem  
1390 vencidos, mas contou com o apoio do CNS e de entidades como o MORHAN e, nessa linha,  
1391 reiterou o apoio à Secretaria. Avaliou que é preciso audácia para reverter a lógica anterior,  
1392 assegurando a participação dos povos indígenas cada vez mais, de modo a garantir um  
1393 processo diferente de produção de saúde indígena. Conselheiro **Willen Heil e Silva**, primeiro,  
1394 fez uma saudação especial à representante da COIAB, Sônia Guajajara, que, na condição de  
1395 mulher indígena representando entidade nacional e defendendo os interesses dos povos  
1396 indígenas, representa uma quebra de paradigma na comunidade indígena. Destacou o trabalho  
1397 da SESAI que, na sua visão, atua para atender, primeiramente, as necessidades dos povos  
1398 indígenas e não as vontades particulares. Manifestou o seu anseio por deputados e senadores  
1399 que defendam a saúde integral da população brasileira em toda a sua especificidade, com  
1400 defesa do financiamento do SUS. Registrou o apoio do Conselho Federal de Fisioterapia e  
1401 Terapia Ocupacional - COFFITO na identificação dos problemas e na busca de soluções.  
1402 Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** reiterou a confiança no trabalho do Secretário  
1403 Antônio Alves de Souza e lembrou que a Associação Brasileira de Odontologia – ABO apoiou  
1404 integralmente a criação da SESAI/MS. Salientou a importância de se considerar os  
1405 determinantes sociais nessa questão, assegurando que o Ministério da Saúde, em articulação  
1406 com outros Ministérios, garanta educação, condições para produção, vez que a situação em  
1407 alguns locais não é diferente que há 33 anos. Solicitou ainda que a SESAI, na redefinição da  
1408 força de trabalho para atuar na saúde indígena, considere os profissionais indígenas formados  
1409 – odontólogos, médicos, enfermeiros – que são capacitados e desejam atuar nas suas aldeias.  
1410 A respeito do Programa Brasil Sorridente Indígena, avaliou que é preciso ampliar os serviços,  
1411 contemplando laboratórios de próteses dentárias e colocou-se à disposição, assim como as  
1412 demais entidades da odontologia. Conselheira **Jurema Werneck** fez uma saudação especial  
1413 às lideranças indígenas e ao Secretário Antônio Alves e lembrou-se da dívida impagável do  
1414 movimento negro com os povos indígenas, visto que os escravos fugidos foram acolhidos pelos  
1415 povos indígenas. Sendo assim, enquanto representante do movimento negro,  
1416 tem a expectativa de que a mudança de gestão do Subsistema Indígena traga ganhos para  
1417 essa população tão invisível no cenário nacional. Salientou que não se devem repetir os erros  
1418 da estrutura anterior que era injusta, embora reconheça que o Estado ainda não tem  
1419 mecanismos suficientes para responder ao princípio da equidade e criar as condições  
1420 necessárias para atender os direitos das populações indígenas. Ressaltou que é preciso criar  
1421 um novo modelo de saúde que parta da ausculta dos povos indígenas e atenda as suas reais  
1422 necessidades. Em continuação, salientou que uma das entidades escolhidas não pode  
1423 participar da saúde indígena, por se tratar de um carro chefe do mal feito ao SUS e não ter  
1424 condições moral e ética para participar do Subsistema de Saúde Indígenas. Conselheira **Maria**  
1425 **de Lourdes Rodrigues** cumprimentou as lideranças indígenas na pessoa da indígena Sônia  
1426 Guajajara e salientou a importância de a SESAI/MS escutar os povos indígenas na definição  
1427 das ações. Também disse que é importante definir um espaço no CNS mais permanente para  
1428 participação dos povos indígenas no CNS, inclusive das mulheres. Por fim, registrou o seu  
1429 protesto com a participação da ONG SPDM na saúde indígena. Conselheira **Ruth Ribeiro**  
1430 **Bittencourt** manifestou a sua satisfação com a mulher indígena assumindo o seu espaço na  
1431 sociedade, enquanto liderança, mas de outro lado, lamentou que, no país, ainda se tenha que  
1432 lutar por políticas em prol da equidade e respeito à diversidade. Disse que é preciso envolver  
1433 outros setores nesse debate e ouvir os povos indígenas, por isso, defendeu que o tema retorne  
1434 ao CNS. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS,  
1435 destacou a sua vivência e trabalho com os povos indígenas e lembrou que acompanha o tema

desde a criação do Subsistema de Saúde Indígena. Também disse que fora diretor de saúde indígena na FUNASA, e sempre teve a convicção sobre a importância de ouvir as lideranças e ampliar a participação do movimento nas decisões que lhe dizem respeito. Informou que, na sua gestão, foi instituído o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena e observou que a orientação à SESAI/MS é que não repita os equívocos anteriores. Em sua opinião, uma das formas de dar conta de políticas de redução das desigualdades é garantir canais de participação e escuta dos movimentos. Também chamou a atenção para a conquista das mulheres na condição de lideranças indígenas e lembrou que o setor saúde contribuiu para que isso ocorresse. Disse que a sua orientação, na condição de Ministro da Saúde e a do Secretário da SESAI/MS é que, independente do que determina a Lei, o Ministério da Saúde ouviria as lideranças indígenas na definição dos chefes de DSEI, tanto que foi provido debate no Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena sobre os critérios para indicação desses representantes. Salientou que o Ministério da Saúde continuará a ouvir as lideranças e o Fórum de Presidentes de CONDISI deve avaliar as indicações dos chefes dos Distritos e verificar se está sendo cumprido o que fora acordado. Salientou que uma das premissas é ouvir os povos indígenas, o que não significa, necessariamente, concordar. Ressaltou que a grande preocupação é assegurar que qualquer indicação siga o critério técnico de conhecimento da realidade com avaliação contínua. Outra premissa é não repetir os erros anteriores e, nessa linha, o Ministério da Saúde decidiu não abrir processo de concurso público tradicional para contratar profissionais para atuarem nas aldeias, em razão de não desejar a repetição dos aspectos negativos da gestão anterior. Para elucidar, fez referência ao DSEI Ianomami, que, na década de 90, teve profissionais que desconheciam a realidade e que, após seis meses, solicitaram mudança. Ressaltou que o concurso público, da forma como é hoje, não dá conta das especificidades indígenas e o Ministério da Saúde dialoga com o MPOG para definir um modelo diferente de contratação, de carreira e remuneração, o que é inédito no país. Disse que, enquanto se discute essa proposta de concurso, o Ministério da Saúde priorizou o decisivo da Política de Saúde Indígena: autonomia dos DSEIs; realização de concurso para compor as equipes responsáveis pela gestão dos DSEIs (contratação direta pela SESAI/MS). Explicou que, enquanto se constrói essa alternativa para realização de concurso de acordo com a realidade, a SESAI abriu edital público nacional, com características regionais, para contratação de pessoal. Esclareceu que a SPDM foi selecionada porque é a instituição com a mais longa atuação na saúde indígena e possui avaliação positiva (a instituição está há 65 anos no Projeto Xingu). Frisou que é impossível resolver em curto prazo o problema da assistência à saúde dos povos indígenas, como enfrentamento dos determinantes sociais, em razão da diversidade do país. Reafirmou o compromisso de manter o canal de articulação com o Fórum e conclamou os conselheiros a participarem das reuniões desse espaço, a fim de conhecerem a realidade dos povos indígenas. Concluída a fala, conselheiro Clóvis Bouffleur passou aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada, por consenso, a intensificação da participação dos povos indígenas na consolidação da SESAI/MS.** Por conta do adiantado da hora, conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento acerca do Relatório Anual de Gestão: dar continuidade ao debate do RAG até o mês de dezembro de 2011 visando encontrar alternativas para as ressalvas e recomendações do CNS ao Relatório. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, concordou com o encaminhamento e sugeriu nesse período o CNS aprofunde o debate sobre Restos a Pagar com vistas à definição de estratégias para acelerar a execução financeira do orçamento, evitando a inclusão de recursos em Restos a Pagar. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** aproveitou para solicitar a presença do Ministro da Saúde no debate do RAG, na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** comprometeu-se a participar do debate do RAG na próxima reunião do CNS e sugeriu uma reunião da equipe técnica do Ministério da Saúde com a COFIN para aprofundar o debate sobre Restos a Pagar. **Deliberação: dar continuidade ao debate do RAG até o mês de dezembro de 2011 visando encontrar alternativas e soluções a serem pactuadas para as ressalvas e recomendações do CNS ao Relatório; e aprofundar o debate sobre Restos a Pagar.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando os trabalhos, iniciou-se o debate do item 10 da pauta. **ITEM 10 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – ANÁLISE DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2010 - PLANO NACIONAL DE SAÚDE – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1º E 2º TRIMESTRE/2011 – EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29 - Composição da mesa:** **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS; Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e **Francisco Funcia**, assessor da

COFIN/CNS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenadora da mesa iniciou lembrando que, em relação ao Relatório Anual de Gestão 2010, o Plenário decidiu continuar o debate até o mês de dezembro de 2011 visando encontrar alternativas e soluções a serem pactuadas para as ressalvas e recomendações do CNS ao Relatório. Sendo assim, sugeriu transferir a apreciação da prestação de contas do Ministério da Saúde relativa ao 1º e 2º trimestre de 2011 também para o próximo mês. **Deliberação: o Plenário transferiu para o mês de dezembro de 2011 a apresentação da prestação de contas do Ministério da Saúde relativa ao 1º e 2º trimestre de 2011.** A seguir, o coordenador da COFIN, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, informou o Pleno sobre o Seminário Nacional “Caminhos para o SUS – da universalidade e integralidade”, realizado no dia 10 de outubro de 2011, na Câmara dos Deputados e fez a leitura da síntese do Relatório do Seminário, elaborado pela Subcomissão de Reestruturação do SUS (o Relatório Final será socializado aos conselheiros). Também apresentou o calendário de mobilização em prol da regulamentação da EC nº 29: 15 de novembro de 2011 – mobilização em defesa do SUS (todos de branco); 22 de novembro – “jalecasso” com mobilização no Congresso Nacional; e 30 de outubro – ato público com marcha das entidades em direção ao Congresso Nacional. Por fim, comunicou que será disponibilizado informe sobre a votação da DRU. Feitos esses informes, a mesa passou à aprovação do Plano Nacional de Saúde, que fora apresentado ao CNS e recebera contribuições. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** recuperou que o CNS, por meio da COFIN, acompanhou a elaboração do Plano Nacional de Saúde desde o início do processo e a Comissão recomenda a aprovação do documento. **Deliberação: não havendo manifestações, o Plano Nacional de Saúde foi aprovado por unanimidade.** A seguir, o Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, registrou a sua satisfação e felicidade com a aprovação do Plano Nacional de Saúde no prazo regimental, um documento elaborado com a participação e acompanhamento do CNS e salientou que o grande desafio seria concluir a elaboração da primeira programação em saúde. No mais, despediu-se dos conselheiros informando que deixaria a Coordenação Geral de Planejamento e agradeceu a oportunidade de aprendizagem e a acolhida da COFIN e do Pleno do CNS. As falas a seguir foram de agradecimento ao Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS pela contribuição e de reconhecimento da importância do seu trabalho que possibilitou, inclusive, a aproximação das áreas técnicas do Ministério da Saúde e CNS. Além disso, foi feita a solicitação de que fosse explicitada a possibilidade de correção do PNS, se fosse o caso e foi salientada a necessidade de retomar a realização de oficinas sobre financiamento e orçamento. **ITEM 8 – INFORMES E INDICAÇÕES - RESOLUÇÃO FORMAÇÃO PROFISSIONAL - CURSO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE - Apresentação:** Gleisse de Castro Oliveira, Secretária Executiva Substituta do CNS. *Coordenação:* Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES.** 1) Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou sobre dois temas: a) Auditoria do TCU sobre Oncologia – foi entregue à SE/CNS para ser disponibilizada aos conselheiros (o TCU define o prazo de 90 dias para o Ministério da Saúde apresente um plano de ação para resolver as pendências apontadas pelo Tribunal); e b) Campanha sobre Agrotóxicos – solicitação de participação do CNS na cruzada contra o uso de agrotóxicos. 2) Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** informou que passará a representar no CNS, além do MOPEM, a Federação Brasileira de Associações Cívicas de Pacientes com Esclerose Múltipla no CNS - FEBRAPEM, da qual é vice-presidente. **INDICAÇÕES.** a) Composição das mesas dos GTs e Plenárias de Abertura e Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. **As indicações serão entregues à SE/CNS.** b) Lançamento do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência. Data: 17 de novembro de 2011. Horário: 10 horas. Local: 2º andar do Palácio do Planalto, Brasília-DF. **Indicação: Conselheira Cleuza de Carvalho Miguel.** c) III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Data: 23 a 25 de novembro de 2011. Local: Confederação Nacional dos Trabalhadores do Comércio – CNTC. Tema: O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil. **Indicação: Conselheiro Geraldo Adão Santos.** Na sequência, foi colocada em apreciação a Resolução sobre formação profissional. Conselheira **Ana Estela Haddad** explicou que a Resolução trata da graduação e da pós-graduação e as residências médicas e residências em saúde foram colocadas separadamente, por conta da primeira especificidade da primeira. Conselheiro **Willen Heil e Silva** fez referência à Lei 2.514 que agrega valor à residência médica, criando remuneração diferenciada para essa categoria, o que não deveria ocorrer. Acordou-se que após a votação da resolução seria feita manifestação a esse respeito. Em seguida, a coordenadora da mesa colocou em apreciação a resolução sobre formação profissional cujo texto é o seguinte: “O CNS 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 eles 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 profissionais de saúde e especialistas necessários para atender às necessidades de saúde da sociedade brasileira. 5. Aprovar a continuidade e a ampliação do financiamento de programas de residências em saúde, 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. 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. 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 acolher e atender o usuário, de formar, qualificar e oferecer educação permanente a todos os trabalhadores e profissionais de saúde, fortalecendo o “Sistema Único de Saúde Escola”. **Deliberação: a resolução sobre formação profissional foi aprovada por unanimidade.** A respeito da fala do conselheiro Willen Heil, conselheira **Ana Estela Haddad** informou que a Lei 11.513 regulamenta o aumento do valor da residência médica, contudo, a Lei 11.129/05, que cria as residências multiprofissionais, no art. 16, § 2º, equipara os valores de bolsas e benefícios das residências multiprofissionais à da residência médica. **Após considerações, acordou-se que a questão dos valores das residências (médicas e multiprofissionais - Leis 11.129/05 e 11.513) será debatida pelo GT de Residência Multiprofissional. CURSO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE - Apresentação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. A Secretária Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de Castro Oliveira**, lembrou que a proposta do curso foi apresentada na Reunião Ordinária de julho de 2011 e foi feito questionamento sobre o processo seletivo de tutores. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que o curso, voltado a conselheiros de saúde, será oferecido pela ENSP/FIOCRUZ, mas havia impasse sobre a indicação dos tutores. Disse que, segundo a legislação, o tutor deve ter, no mínimo, curso superior, portanto, conselheiros sem graduação não poderiam participar do curso como tutores. Sendo assim, a saída encontrada foi a possibilidade de participação de conselheiros na condição de facilitador. Explicou que o tema foi debatido na reunião da Mesa Diretora do CNS e, diante da exiguidade de tempo, o edital foi publicado, contemplando a figura do facilitador. Conselheira **Ana Estela Haddad** acrescentou que se trata de um curso oferecido na Universidade Aberta do SUS, em parceria com a ENSP/FIOCRUZ e com o envolvimento da SGTES/MS. Salientou que a Secretaria indicou a necessidade de priorizar no curso os conteúdos tratados no CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** solicitou o envio aos conselheiros de boletim informativo a respeito do curso, com cópia do edital. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS faça um informe sobre o curso. Conselheira **Ana Estela Haddad** sugeriu pautar breve apresentação do curso no CNS. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou que a proposta do curso fora apresentada ao CNS, mas, se fosse o caso, poderia ser feita nova apresentação, após a seleção dos tutores. Seguindo, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** apresentou a proposta, elaborada pela conselheira Maria do Socorro, de programação da Mobilização nacional/abertura pública da 14ª CNS, no dia 30 de novembro, na Esplanada dos Ministérios, com o slogan: Em defesa do SUS! Todos usam o SUS! A sugestão é que todas as entidades façam faixas com esse slogan. Várias entidades comprometeram-se a apoiar a mobilização e, na oportunidade seria feito o lançamento da campanha pelas 30 horas e da campanha contra a privatização dos hospitais universitários. **Deliberação: a proposta de programação foi aprovada e será encaminhada aos conselheiros. DATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS NO MÊS DE JANEIRO DE 2012 – A Secretária Executiva Substituta do CNS, Gleisse de**

1616 **Castro Oliveira**, apresentou a seguinte sugestão de datas para a Reunião Ordinária do CNS e  
1617 da Mesa Diretora no mês de janeiro de 2012, respectivamente: 18 e 19 de janeiro; e 26 de  
1618 janeiro de 2012. **Deliberação: a Reunião Ordinária do CNS no mês de janeiro de 2012 será**  
1619 **realizada nos dias 18 e 19 de janeiro. A Mesa Diretora do CNS se reunirá no dia 26 de**  
1620 **janeiro de 2012.** Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que fosse verificada a possibilidade  
1621 de participação de conselheiros na movimentação do Fórum Social Mundial de Saúde e Fórum  
1622 Social Mundial, de 24 a 29 de janeiro de 2012. **Deliberação: verificar a possibilidade de**  
1623 **participação do CNS na movimentação do Fórum Social Mundial de Saúde e Fórum**  
1624 **Social Mundial.** Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** solicitou pauta no CNS para tratar dos  
1625 seguintes temas: práticas integrativas e complementares do SUS; e relatório sobre a indústria  
1626 de agrotóxico no Brasil (convidar a ANVISA). No mais, registrou a realização de dois eventos  
1627 em Uberaba sobre Práticas Integrativas e Complementares. **Deliberação: levar as demandas**  
1628 **à Mesa Diretora do CNS. ITEM 12 – TEMA DA 14ª CNS: APROVAÇÃO DO DOCUMENTO**  
1629 **DE GESTÃO** - Item não apresentado. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a tratar,  
1630 conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da  
1631 227ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* -  
1632 **Abrahão Nunes da Silva, Alcides Silva de Miranda, Alexandre Rocha Santos Padilha,**  
1633 **Artur Custódio M. Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Bouffleur, Edmundo Dzuaiwi Omore,**  
1634 **Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério, Francisco Batista Júnior, Geraldo**  
1635 **Alves Vasconcelos, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de**  
1636 **Almeida Venâncio, José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, Junéia M. Batista,**  
1637 **Jurema Pinto Werneck, Luiz Alberto Catanoce, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Maria**  
1638 **Cristina Pedro Biz, Maria de Lourdes Alves Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares**  
1639 **dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson Augusto Mussolini, Olympio Távora Derze Correa,**  
1640 **Paulo Guilherme Romano, Reginaldo Neves Gomes, Rosangela da Silva Santos, Ruth**  
1641 **Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis, Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri**  
1642 **Vicente Souza.** *Suplentes:* **Alexandre Magno Lins Soares, Ana Estela Haddad, Antônio**  
1643 **Alves de Souza, Eurídice Ferreira de Almeida, Eliane Aparecida da Cruz, Graciara Matos**  
1644 **de Azevedo, Ivone Evangelista Cabral, José Eri Medeiros, Juarez Pires de Souza, Júlia**  
1645 **Roland, Laudeci V. dos Santos, Maria Laura Carvalho Bicca, Nardir Francisco do Amaral,**  
1646 **Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho de Siqueira, Rildo**  
1647 **Mendes e Sebastião Geraldo Venâncio.**