



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5
6

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

10
11 Aos nove e dez dias do mês de novembro de dois mil e onze, no Plenário do Conselho
12 Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar,
13 ala "B", Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima Vigésima Sétima Reunião
14 Ordinária do CNS. Iniciando a reunião, conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa
15 Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião
16 em tempo real. No início dos trabalhos, conselheira **Maria do Espírito Santo** solicitou que o
17 Plenário autorizasse a mudança de data da Reunião Ordinária do mês de dezembro, para não
18 coincidir com a Conferência Nacional dos Direitos das Mulheres, a realizar-se no dia 14 de
19 dezembro de 2011. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** sugeriu a realização da reunião
20 do CNS do mês de dezembro nos dias 8 e 9, tendo em vista a realização da Conferência
21 Nacional da População LGBT no dia 15 de dezembro. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**
22 lembrou que de 7 a 10 de dezembro será realizada a Conferência Nacional de Assistência
23 Social. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que a Reunião Ordinária do CNS do
24 mês de dezembro foi marcada, inicialmente, para os dias 7 e 8 de dezembro, contudo, alguns
25 conselheiros manifestaram a impossibilidade de permanecer em Brasília no período de 30 de
26 novembro a 8 de dezembro, por conta da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da Reunião do
27 CNS. Diante dessas ponderações, o coordenador da mesa colocou em votação as duas
28 propostas: 1) manter a data da Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro nos dias 7 e 8;
29 ou 2) modificar a data da Reunião Ordinária do CNS do mês de dezembro para os dias 14 e
30 15. **A proposta 1 recebeu quatro votos. A proposta 2 recebeu dezenove votos.**
31 **Deliberação:** o Plenário decidiu, por maioria, transferir a Reunião Ordinária do CNS de
32 dezembro para os dias 14 e 15, por conta da 14ª CNS. A Secretária Executiva Substituta do
33 CNS, **Gleisse de Castro**, informou a realização da solenidade de abertura da Mostra
34 "Conferências Nacionais de Saúde: contribuições para a construção do SUS", no túnel de
35 acesso ao Edifício Sede do Ministério da Saúde, dia 10 de novembro, às 10h. **ITEM 1 –**
36 **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 227ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E APROVAÇÃO DA**
37 **ATA DA 226ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Apresentação: **Gleisse de Castro Oliveira**,
38 Secretária Executiva Substituta do CNS. Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**,
39 da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a Secretária Executiva Substituta do CNS, **Gleisse de**
40 **Castro**, pôs em apreciação a pauta da 227ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada com
41 a inclusão de um item para apresentação do Relatório Final da Plenária Nacional de Conselhos
42 de Saúde. Em seguida, conselheiro **José Marcos de Oliveira** colocou em apreciação a ata
43 da 226ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada, por unanimidade, com
44 contribuições que serão incorporadas ao texto. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**
45 registrou a presença dos 27 coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e
46 justificou a ausência da Conselheira Nildes de Oliveira Andrade que participava da Conferência
47 de Segurança Alimentar. **ITEM 2 – ALUSÃO AO DIA DA CONSCIÊNCIA NEGRA -**
48 Apresentação: **Ângela Nascimento**, Diretora de Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR.
49 Coordenação: Conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. A Diretora de
50 Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR, **Ângela Nascimento**, iniciou a sua fala
51 agradecendo o convite para participar desse momento de alusão ao dia da consciência negra,
52 20 de novembro e destacou as ações do CNS voltadas a superar os desafios para
53 implementação da Política de Saúde da População Negra. Explicou que, nesse momento, a
54 SEPPIR realiza movimento interno de debate para aprofundar o diagnóstico, visando à
55 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

116 População Negra. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, primeiro, cumprimentou o movimento negro
117 pela data e reiterou que é preciso avançar contra a discriminação. Além disso, lembrou que no
118 dia 20 de novembro também se comemora a assinatura da declaração universal dos direitos
119 das crianças, ocorrida em 1990 e há três anos é realizado um movimento de todas as religiões,
120 inclusive das religiões afros, de oração e definição de ações em prol das crianças. **Retorno da**
121 **mesa.** A Diretora de Programas de Ações Afirmativas da SEPPIR, **Ângela Nascimento**,
122 afirmou que o SUS é uma conquista do povo brasileiro, contudo, o Sistema precisa avançar
123 acerca de algumas questões como, por exemplo, no que se refere ao atendimento às mulheres
124 negras, que possuem um perfil diferenciado. Reafirmou o compromisso da SEPPIR com o
125 Ministério da Saúde e salientou a importância de debater o impacto das ações voltadas à
126 saúde da população negra especialmente no que diz respeito à equidade. Salientou, ainda, que
127 o movimento negro tem contribuição significativa na construção do SUS. Conselheira **Jurema**
128 **Werneck** destacou que o CNS reafirma o seu papel de rediscutir o SUS na perspectiva da
129 superação do racismo, dos preconceitos em cada uma das pessoas e nas relações públicas.
130 Na condição de representante do movimento negro no CNS, manifestou orgulho pelo do CNS
131 ter aprovado a Política de Saúde da População Negra. Dito isso, passou aos
132 encaminhamentos. **Deliberação:** o Plenário decidiu que, em toda a reunião ordinária do
133 CNS do mês de novembro, como parte das comemorações do dia da consciência negra,
134 promoverá um balanço sobre a implementação da Política de Saúde Integral da
135 População Negra no país. Conselheira **Jurema Werneck** agradeceu a convidada e encerrou
136 a mesa. **ITEM 3 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA**
137 **SAÚDE - Apresentação:** **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Secretário de Atenção à Saúde
138 da SAS/MS; Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, Conselho Nacional de Saúde; **Antônio**
139 **Carlos Figueiredo Nardi**, Presidente do CONASEMS; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
140 representante do CONASS. **Coordenação:** Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do
141 CNS. O primeiro expositor foi o Secretário da SAS/MS, **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**,
142 que optou por abordar as Políticas implementadas pelo Ministério da Saúde voltadas à
143 qualidade do atendimento na saúde. No que se refere à atenção básica, falou do Programa de
144 Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), que propõe monitoramento e avaliação da atenção
145 básica com incentivo financeiro variável dependente dos resultados alcançados pelas equipes
146 e pela gestão municipal. Explicou que se trata de um programa de adesão voluntária e, após o
147 lançamento, 4.329 municípios (77,8%) aderiram e 18.921 equipes (53,0%). Disse que o
148 Programa prevê acompanhamento de indicadores prioritários de saúde, amplamente
149 discutidos, autoavaliação e avaliação externa de padrões de qualidade. Ressaltou que, a
150 depender dos resultados, as equipes podem ter incremento de até 100% e o processo prevê
151 avaliação a cada dois anos, com apresentação regular da situação ao conselho de saúde local.
152 Segundo, falou sobre a Rede Cegonha que prevê ações voltadas ao acesso e qualidade. No
153 que se refere ao componente pré-natal, explicou que o acesso e a qualidade serão medidos,
154 dentre outros, por: captação precoce (até 12ª semana); acompanhamento em serviço de Pré-
155 natal de risco, se necessário; e realização de exames – risco habitual e alto risco; acolhimento
156 às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade. Em
157 relação ao componente Parto e Nascimento, considerar-se-ão, dentre outros, os seguintes
158 critérios: ampliação do número de Centros de Parto Normal – construção e reforma (284 até
159 2014 – 31 em 2011); estímulo ao parto natural na posição desejada; ampliação do número de
160 Casa da Gestante e Bebê – construção e reforma acolhimento com classificação de risco nos
161 serviços de atenção obstétrica e neonatal (192 até 2014 – 36 em 2011); garantia de
162 acompanhante durante o acolhimento, o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; práticas
163 de atenção à saúde baseadas em evidências científicas; e estímulo à implementação de
164 equipes horizontais do cuidado. No componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da
165 Criança, destacou que acesso e qualidade medem-se, dentre outros, por: acompanhamento da
166 puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o parto
167 e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; oferta de métodos contraceptivos e
168 orientações sobre uso; busca ativa de crianças vulneráveis; promoção do aleitamento materno
169 e da alimentação complementar saudável; implementação de programas educativos
170 relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, acrescentou que a intenção é garantir
171 às mulheres que se submeteram a processos de abortamento, considerados ilegais, acesso a
172 serviços que preserve a vida. Também falou do Componente Sistema Logístico: Transporte
173 Sanitário e Regulação, destacando: acesso, nas situações de urgência, ao transporte seguro
174 para gestantes, puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do SAMU, com USA
175 equipada com incubadora e ventilador neonatal; SAMU com USA devidamente equipada com

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

236 ortopedia (GT já em andamento); média complexidade: exames diagnósticos e especialidades
237 (imagem por dispositivo móvel: mamografia como teste de modelagem); transplantes (fila e
238 equidade); demais componentes em rede da alta complexidade (neuro, orto, cardio); e
239 populações específicas. O terceiro expositor foi o Conselheiro **José Marcos de Oliveira** que
240 abordou o tema da qualidade do atendimento na saúde na visão do usuário do SUS. Primeiro,
241 fez referência à Carta de Direitos dos Usuários do SUS, ressaltando que a qualidade do
242 atendimento deve reverberar a satisfação ou não do usuário na ponta. Nesse sentido,
243 perguntou que qualidade de atendimento se fala quando a grande mídia coloca o que não
244 retrata, por si só, a qualidade do SUS, mas a forma como usuários são tratados em uma rede
245 pública, inclusive de referência internacional. Ressaltou que avaliar a qualidade de saúde
246 significa verificar o grau de satisfação e insatisfação dos usuários com os serviços de saúde.
247 Salientou que, apesar dos avanços, a desigualdade no acesso ainda é uma realidade, assim
248 como a falta de profissionais da saúde, a ausência de aparato tecnológico que garanta a
249 melhoria na qualidade assistência. Do ponto de vista da resolutividade, reconheceu políticas
250 importantes como a que contempla o Programa de AIDS, a despeito de se enfrentar problemas
251 como diagnóstico tardio, dificuldade de acesso ao tratamento, falta de medicamentos. Lembrou
252 que houve mudanças significativas que foram propostas a partir de 1994, citando como
253 exemplo a Estratégia Saúde da Família. Destacou a dicotomia: necessidade de fortalecimento
254 da atenção primária e o grande volume de recursos para a urgência e emergência. Também
255 avaliou que o CNS deve considerar o lançamento de programas pela Presidência da República
256 sem um debate prévio com o controle social. Também lembrou que na avaliação da qualidade
257 é preciso levar em consideração a subjetividade dos usuários do SUS e ouvir os profissionais
258 de saúde que prestam esse atendimento. Concluiu a sua fala conclamando os conselheiros a
259 posicionarem-se sobre o impacto das políticas de saúde na ponta do sistema. O terceiro
260 expositor foi o Presidente do CONASEMS, **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, que iniciou a
261 sua fala reconhecendo a importância desse debate no Conselho de Saúde e reiterando que
262 primar pela qualidade do atendimento no SUS é dever de todos, vez que 100% da população,
263 direta ou indiretamente, faz do Sistema. Também informou a sua participação no Seminário
264 sobre Auditoria e na Oficina de Trabalho sobre a implementação do Cartão SUS, ressaltando a
265 importância da auditoria para oferecer resposta qualificada ao cidadão na atenção e do Cartão
266 SUS na garantia da qualidade do atendimento à saúde e acesso às informações. Na linha da
267 qualidade do atendimento, lembrou que um dos critérios do Programa de Melhoria do Acesso e
268 Qualidade (PMAQ) para concessão de incentivo é a satisfação dos usuários e a participação
269 dos conselhos de saúde. Salientou que esse Programa é uma forma de remunerar a atenção
270 básica de fato e de direito, visto que há um financiamento cruel em que procedimentos de alta
271 complexidade recebem maior aporte de recurso e atendem número menor de pessoas. Avaliou
272 que o movimento social e a gestão devem unir esforços para rebater o discurso da grande
273 mídia contrário ao SUS e lembrou que 75% da população usuária do SUS aprovam o Sistema.
274 Por fim, defendeu que o CNS aprove o Programa de Atendimento Domiciliar e a proposta de
275 Rede de onze hospitais para atender a população em situação de calamidades, entendendo
276 que são estratégias para assegurar a qualidade do atendimento. Na sequência, fez uso da
277 palavra o conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, representante do CONASS.
278 Primeiro, cumprimentou os presentes e manifestou a sua satisfação em participar desse debate
279 no CNS. Recuperou a afirmação da Presidente da República, no dia anterior, de que o Brasil é
280 o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que garante a atenção
281 universal e integral à saúde. Destacou ainda que todos, apesar de pontos diferentes de vista,
282 defendem o SUS e, nessa linha, disse que é preciso incentivar os serviços e profissionais de
283 saúde que contribuem para solução dos problemas da população usuária do Sistema.
284 **Manifestações.** Conselheira **Marisa Furia Silva** fez referência aos protocolos clínicos na
285 perspectiva defendê-los em todos os níveis de atenção, garantindo, inclusive, preparação das
286 equipes de saúde para atender as pessoas com deficiência, como autismo, que demandam
287 atendimento diferenciado e específico. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que os
288 representantes das três esferas de gestão avaliem a situação que ocorre no SUS relacionada à
289 influência político-partidária nas decisões, tendo em vista que pode inviabilizar ações
290 consideradas de relevância para a população. Também manifestou preocupação acerca dos
291 responsáveis por gerenciar os recursos do SUS, haja vista a ausência de aspectos técnicos e
292 influência de questões estabelecidas pela mídia. Por fim, fez um apelo para que se
293 retomassem as origens do Sistema Único de Saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
294 começou a sua fala afirmando que a garantia da qualidade do atendimento somente será
295 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 14^a 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 14^a 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 (acrúscimo 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 **Rosangela 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

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

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

536 2010. **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que o debate foi profícuo
537 e avaliou que o CNS deve posicionar-se sobre as questões ora colocadas pelos conselheiros.
538 A respeito da proposta de regulamentar a Lei nº. 8.142/80, manifestou preocupação com a
539 possibilidade de burocratizar o controle social. Por fim, agradeceu a oportunidade de participar
540 do debate e desculpou-se por não poder permanecer até o final. O Presidente do CONASEMS,
541 **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, ressaltou a riqueza do debate e a convergência das falas
542 em determinados aspectos, lembrando que não se deve generalizar problemas. Nessa linha,
543 chamou a atenção para o fato de o CONASEMS trabalhar no sentido de fortalecer a
544 participação do controle social nos municípios brasileiros e incentivar a realização das
545 conferências municipais. Também apoiou a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral
546 à Saúde da População LGBT. No mais, salientou o envolvimento e o empenho do CONASEMS
547 em prol da regulamentação da EC nº. 29, com a devida orientação aos COSEMS. Ressaltou,
548 ainda, a importância do envolvimento das entidades no corpo a corpo com senadores para
549 convencimento acerca da importância da regulamentação da EC 29. O Secretário da SAS/MS,
550 **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, diante do avançado da hora, optou por comentários
551 gerais sobre as intervenções dos conselheiros. Primeiro, considerando que o debate seguiu
552 uma linha diferente da prevista, solicitou que o tema qualidade do atendimento na saúde seja
553 novamente pautado dentro do enfoque necessário. Também destacou que as questões
554 colocadas pelo Pleno no que se refere às políticas de saúde seriam levadas para debate
555 interno no Ministério da Saúde e disse que é preciso ter clareza sobre a "governança do
556 controle social" e definir o que precisa de detalhamento. No mais, concordou com a proposta
557 de clarificar o que disciplina a Lei nº. 8.142/90, para dirimir eventuais dúvidas. Concordou ainda
558 com a proposta de contemplar nos debates os dados das ouvidorias do Ministério da Saúde,
559 entendendo que pode subsidiar os temas e contribuir para o que CNS aperfeiçoe o seu papel.
560 Aceitou o convite para o debate com a CONTAG, no dia 22 de novembro de 2011, e diretor do
561 DAB/MS representará a SAS/MS na oportunidade. Sobre as práticas integrativas e
562 complementares do SUS, informou que ainda não há um formato específico, mas salientou que
563 interessa ao MS obter saberes acumulados do controle social e da academia ao invés de se
564 restringir a uma caixinha sem interlocução com outras áreas. Em que pese às dificuldades,
565 destacou que existe um movimento no país envolvendo debate sobre a formulação de redes e
566 articulação de serviços. Nesse sentido, informou que foram disponibilizados recursos adicionais
567 para todas as Redes, citando como exemplo a Rede de Urgência e Emergência que receberá
568 em quatro anos (2011 a 2014) R\$ 18 bilhões de recursos adicionais. Mostrou-se entusiasmado
569 com a possibilidade de organizar redes para melhorar as ações e serviços de saúde e
570 manifestou satisfação com o debate da atenção domiciliar. Nesse contexto, disse que é preciso
571 retomar o debate sobre acesso com qualidade. Encerrando a mesa, conselheira **Jurema**
572 **Werneck** agradeceu os expositores e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: dar**
573 **continuidade ao debate desse tema nas reuniões do CNS, com convite a especialistas**
574 (**sugestão: Marco Aurélio Nogueira**); **pautar no CNS o Decreto nº. 7.508/11, para**
575 **esclarecer as dúvidas e o Programa SOS Emergência; e contemplar no balanço do mês o**
576 **componente do controle interno e das auditorias.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu
577 os trabalhos para o almoço. **ITEM 4 – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DA XVI**
578 **PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE** - Composição da mesa: **Tiago Ismar**
579 **de Oliveira**, da Comissão Organizadora da XVI Plenária; **Cléia Aparecida Giosoli**, da
580 Comissão Organizadora da XVI Plenária; **Maria Inês de C. Silva**, da Comissão Organizadora
581 da XVI Plenária. Coordenação: Conselheira **Jurema Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. O
582 representante da Comissão Organizadora da XVI Plenária, **Tiago Ismar de Oliveira**, começou
583 a apresentação do Relatório Final da XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com os
584 integrantes da Comissão Organizadora: Região Norte - Roraima: Tiago Ismar de Oliveira;
585 Região Nordeste – Paraíba: Joaquina de Araújo Amorim; Piauí: José Teófilo Cavalcante;
586 Região Centro-Oeste - Mato Grosso do Sul: Maria Inês de Carvalho Silva; Região Sudeste -
587 São Paulo: Arnaldo Marcolino da Silva Filho; Região Sul - Santa Catarina: Cléia Aparecida
588 Clemente Giosole. Explicou que a XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu de 16
589 a 18 de novembro de 2010, em Brasília-DF, com a seguinte pauta: Aprovação do
590 Regulamento; Solenidade de abertura; Análise da Conjuntura Política Do SUS; Mesa I: Agenda
591 Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do SUS; Mesa II: Agenda Política de 2010/CNS –
592 Modelo de gestão do SUS; Mesa III: Agenda Política de 2010/CNS – Modelo de Gestão do
593 SUS; e Mesa IV: 14ª Conferência Nacional de Saúde; e Plenária Final. Ressaltou que o
594 resultado final desse evento culminou com a aprovação de propostas relativas aos temas
595 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 paute 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 advêm 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 celulose: 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. Segundo, 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. Segundo, 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 <5 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 distância 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". Segundo, 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 artesianos/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 (Endosulfan, 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 segurança 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

776 da Saúde, realizada de 19 a 21 de outubro, no RJ, foi possível um bom acordo registrado na
777 Carta do Rio. Ressaltou que é preciso levar em conta os 34 milhões de brasileiros que
778 passaram da classe D e E para a C, nos últimos anos, e o esforço para garantir um
779 desenvolvimento econômico em uma perspectiva sustentável. A seguir, apresentou os dados
780 constantes do relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde,
781 elaborado pelo professor Alberto Pellegrini Filho. Explicou que a Comissão foi constituída em
782 2006, Decreto presidencial de 13 de março, sendo composta por dezenas especialistas e
783 personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. As linhas de atuação da
784 Comissão são as seguintes: produção e disseminação de conhecimentos e informações;
785 avaliação de Políticas e Programas; comunicação social; Portal sobre DSS; e projeção
786 Internacional. Ainda no que diz respeito aos determinantes sociais, destacou as condições
787 socioeconômicas, culturais e ambientais gerais: idade, sexo e fatores hereditários; estilo de
788 vida individual; redes sociais e comunitárias; condições de vida e as condições de trabalho:
789 ambiente de trabalho, educação, produção agrícola e alimentos, desemprego, água, esgoto,
790 serviços sociais de saúde e habitação. Apresentou ainda os seguintes dados: 1) evolução da
791 proporção de pessoas de 10 anos ou mais de idade na população economicamente ativa
792 (PEA), por setor econômico - Brasil – 1940 a 2000: de 67% no setor primário para 19%, de
793 21% para 60% no setor secundário; 2) população residente (%), por situação do domicílio –
794 Brasil: 1940, 69% da população residia no campo e 31% nas cidades; e em 2000, 81% da
795 população reside na cidade e 19% no campo; 3) queda da taxa de fecundidade de 6,2%, em
796 1940 para 2,3% em 2000 (quanto menor o grau de escolaridade, maior a taxa de fecundação);
797 4) transição epidemiológica – 50 milhões de pessoas acima de 65 anos em 2050; 5)
798 diminuição das taxas do analfabetismo e da mortalidade infantil; 6) cobertura de 100% da
799 vacinação em todas as regiões; 7) ampliação do exame preventivo de câncer de colo, de um
800 lado, dificuldade de diminuir a mortalidade por esse agravio; 8) Indicadores municípios entre
801 100 e 500 mil hab. com menor (Codó, MA, R\$ 76,65) e maior renda per capita (São Caetano do
802 Sul, SP, R\$ 834,00) ano 2000: a) mortalidade infantil: Codó, MA: 77,4% e b) São Caetano do
803 Sul, SP: 5,4%; b) Taxa de analfabetismo: Codó, MA: 47%; São Caetano do Sul, SP: 3,1%;
804 Codó, MA: c) Proporção de pobres: Codó, MA: 74% e São Caetano do Sul, SP: 2,9%;
805 Porcentagem de pessoas com banheiro e água: Codó, MA: 21% e São Caetano do Sul, SP:
806 98%; Porcentagem de internação de menores de um ano com doenças parasitárias: Codó, MA:
807 27% e São Caetano do Sul, SP: 13%. Por fim, salientou que o desafio é alcançar um
808 desenvolvimento econômico sustentável. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
809 ressaltou que foram criadas condições para o adoecimento das pessoas e não para a saúde e,
810 nessa linha, propôs que fosse realizado um ato simbólico na 14ª CNS para alertar as pessoas
811 para a contaminação dos alimentos pelos agrotóxicos. Também chamou a atenção para as
812 desigualdades econômicas e sociais do país e o impacto nas condições de saúde das pessoas,
813 lembrando que as pessoas pobres e miseráveis têm menor acesso ao SUS. Conselheiro
814 **Volmir Raimondi** ressaltou que há outras regiões no país com utilização excessiva de
815 agrotóxicos contaminando a água e o ar, a exemplo do que ocorre em Lucas do Rio de Verde
816 e, nessa linha, salientou a falta de atuação mais incisiva da vigilância sanitária para coibir
817 esses excessos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou dois encaminhamentos
818 na sua intervenção: que o CNS paute o debate da Portaria que define a Política Nacional de
819 Atenção e Assistência Toxicológica, na lógica de fazê-la avançar; e que a valorização do
820 trabalho seja incluída no centro da agenda política de desenvolvimento como determinante da
821 saúde. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** ressaltou que é preciso identificar como definir
822 análise e políticas públicas a partir da ideia de produção social de saúde em contraponto a
823 ideia de produção social de doença, o que demanda marcadores e indicadores mais
824 adequados do que se trabalha. Como encaminhamento, propôs um tensionamento político do
825 CNS em prol de uma consolidação de leis sociais que dê conta de marco regulatório de
826 promoção e produção social de saúde e de proteção social, que, inclusive, orientará a gestão
827 pública para definição de desenvolvimento sustentável e que possibilite inversão do modelo
828 atual. Conselheira **Maria de Lourdes Rodrigues** manifestou a sua perplexidade diante dos
829 dados colocados e perguntou qual o papel da ANVISA, do Ministério da Saúde e do CNS
830 diante dessa situação. Nessa linha, defendeu que o Pleno paute debate sobre desenvolvimento
831 na perspectiva da equidade para dar respostas à situação colocada. Conselheira **Maria**
832 **Cristhina Pedro Biz** também registrou a sua preocupação com os resultados da pesquisa
833 realizada em Lucas do Rio Verde e solicitou informações sobre quais foram às providências
834 tomadas diante dos dados apresentados. No mais, lembrou que, além de outros agravos, o
835 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 paute 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 SGEP/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 SGEP 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. Registrhou 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 descumpre 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 Boufleur** 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

956 da bolsa de residência seria para todas as categorias profissionais. Salientou que essas
957 iniciativas contrariam o processo de construção coletiva e de diálogo entre os setores da saúde
958 e da educação. Sendo assim, é preciso definir uma solução para a situação posta. Conselheiro
959 **José Rubens Rebelatto** também destacou a importância do diálogo construído entre MEC e
960 MS e salientou que é preciso aprofundar e esclarecer os pontos apresentados. Sobre o
961 Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, lembrou que o governo, independente do
962 MEC e do MS, comprometeu-se a participar do custeio da atividade, como assim o fez, tendo
963 em vista os problemas orçamentários e financeiros do MEC. Acrescentou que o Ministério da
964 Educação realizará as atividades planejadas como reuniões técnicas e início do processo de
965 capacitação dos avaliadores dos programas de residências. Por fim, disse que o diálogo é o
966 mais importante e a construção é maior que os problemas e que estes estão sob controle.
967 Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** salientou que foram discutidos no FENTAS os seguintes
968 pontos: ausência do relatório do Seminário; e ofício apresentado ao Pleno do CNS. Também
969 destacou que o MEC não informou sobre as atividades previstas durante as reuniões da
970 Comissão Organizadora do Seminário. Conselheiro **José Eri de Medeiros** solicitou maiores
971 esclarecimentos sobre o valor das bolsas de residência, pois, no seu entendimento, o valor é o
972 mesmo para as residências multiprofissionais. Conselheiro **Pedro Tourinho de Siqueira**
973 reiterou que o valor da bolsa da residência multiprofissional é o mesmo dos médicos residentes
974 e disse que, se preciso fosse, disponibilizaria a Portaria que disciplina essa questão.
975 Conselheira **Ana Estela Haddad** acrescentou que a bolsa de residência multiprofissional da
976 área da saúde é equiparada à da residência médica, portanto, o reajuste é feito de forma linear
977 a todos esses residentes (área médica e multiprofissional). Além disso, explicou que o GT
978 instituído para debater os resultados do Seminário Nacional de Residência Profissional ainda
979 não se reuniu, pela dificuldade de definir uma data que garanta a participação dos integrantes.
980 Assim que haja superação desse problema, o Relatório do Seminário será debatido. No mais,
981 salientou que o Seminário Nacional e o processo avaliativo realizado pelo MEC visam à
982 melhoria da qualidade dos cursos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu a
983 convocação do GT constituído pelo CNS para trabalhar os encaminhamentos do Seminário de
984 Residência Multiprofissional e também discutir as questões levantadas pelos conselheiros.
985 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou qual é o dispositivo legal que vincula o
986 reajuste da bolsa de residência médica à multiprofissional. Em resposta, a conselheira **Ana**
987 **Estela Haddad** informou que é a Lei 11.129/05. **Deliberação: convocar, o mais breve**
988 **possível, o GT constituído pelo CNS para trabalhar os encaminhamentos do Seminário**
989 **de Residência Multiprofissional, e discutir também as questões levantadas pelos**
990 **conselheiros, ITEM 7 – RESOLUÇÃO 333 - Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Adalberto**
991 **Boufleur**, do GT 333/03. **Coordenação:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa
992 Diretora do CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o GT 333/03 reuniu-se no dia 25
993 de outubro de 2011 para avaliar a interesse do controle social na consulta pública sobre a
994 Resolução nº. 333/03. Disse que a consulta contou com a participação de 63 pessoas com 269
995 contribuições que apontam para problemas conhecidos e que precisam ser resolvidos.
996 Considerando a necessidade de ampliar a participação, apresentou a proposta do GT de
997 prorrogar a consulta pública sobre a Resolução nº. 333, de 21 de novembro a 21 de dezembro
998 de 2011, retomando o debate em 2012. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** acrescentou
999 que o GT tratou da importância de vincular o debate da Resolução com os debates que
1000 possam acontecer na 14ª e sugeriu que, no caso de algum ponto polêmico da Resolução nº.
1001 333 ser levantado na 14ª CNS, o CNS considere a deliberação da Conferência acerca do tema.
1002 Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares** destacou que questões levantadas na 14ª CNS
1003 podem ser apresentadas como sugestão à Resolução nº. 333/03. Conselheira **Eliane**
1004 **Aparecida da Cruz** destacou que vários pontos sobre o funcionamento dos Conselhos de
1005 Saúde chegarão à etapa nacional da 14ª CNS e, após a Conferência, as deliberações serão
1006 trazidas ao CNS para servirem de diretrizes. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** sugeriu
1007 que o Pleno do CNS aguarde a realização da 14ª Conferência para verificar se haverá
1008 questões polêmicas ou não acerca da Resolução nº. 333/03 para definir o encaminhamento.
1009 Na linha da intervenção do conselheiro Venâncio, a mesa colocou em apreciação o
1010 encaminhamento sugerido pelo GT da 333/03. **Deliberação: o Plenário decidiu prorrogar a**
1011 **consulta pública sobre a Resolução nº. 333 até 21 de dezembro de 2011. Esse tema**
1012 **retorna ao CNS em 2012, para definição.** A respeito do item 8 – Informes e Indicações, o
1013 Pleno decidiu transferir para o início do segundo dia da reunião. Definido esse ponto,
1014 conselheiro **José Marcos de Oliveira** encerrou os trabalhos do primeiro dia da reunião.
1015 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares - Abrahão Nunes da Silva, Alcides**

1016 **Silva de Miranda, Artur Custódio M. Souza, Cleuza C. Miguel, Clóvis A. Boufleur,**
1017 **Edmundo Dzuaiwi Omore, Fernanda Lou Sans Magano, Fernando Luiz Eliotério,**
1018 **Francisco Batista Júnior, Geraldo Alves Vasconcelos, Helvécio Miranda Magalhães**
1019 **Júnior, João Donizeti Scaboli, João Rodrigues Filho, Jorge Alves de Almeida Venâncio,**
1020 **José Carrijo Brom, José Marcos de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Junéia M. Batista,**
1021 **Jurema Pinto Werneck, Lígia Bahia, Luiz Alberto Catanoce, Luiz Odorico Monteiro de**
1022 **Andrade, Maria Cristina Pedro Biz, Maria do Socorro de Souza, Maria de Lourdes Alves**
1023 **Rodrigues, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Marisa Furia Silva, Nelson**
1024 **Augusto Mussolini, Olympio Távora Derze Correa, Paulo Guilherme Romano, Reginaldo**
1025 **Neves Gomes, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sandra Regis,**
1026 **Volmir Raimondi, Wilen Heil e Silva e Zilda de Faveri Vicente Souza.** *Suplentes - Ana*
1027 **Estela Haddad, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Arnaldo Marcolino, Eurídice Ferreira de**
1028 **Almeida, Eliane Aparecida da Cruz, Gilson Silva, Graciara Matos de Azevedo, Ivone**
1029 **Evangelista Cabral, Jeferson Seidler, José Eri Medeiros, José Naum de Mesquista**
1030 **Chagas, Jovita José Rosa, Juarez Pires de Souza, Júlia Roland, Laudeci V. dos Santos,**
1031 **Luiz Aníbal Vieira Machado, Maria Laura Carvalho Bicca, Milton Arruda Martins, Nardir**
1032 **Francisco do Amaral, Nelcy Ferreira da Silva, Noemy Yamaghishi Tomita, Pedro Tourinho**
1033 **de Siqueira, Ronald Ferreira dos Santos e Sebastião Geraldo Venâncio.** O segundo dia de
1034 reunião iniciou-se com o item 9 da pauta. **ITEM 9 – SAÚDE INDÍGENA- Alves de Souza,**
1035 Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS; **Sônia Guajajara**, representante da
1036 Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB; **Lázaro Calixto**
1037 **Xerente**, representante dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISIs.
1038 *Coordenação: Conselheiro Clóvis Boufleur, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro Clóvis*
1039 **Boufleur**, inicialmente, disse que a intenção é debater a situação da saúde indígena após um
1040 ano da criação da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/MS. A seguir, O Secretário Especial
1041 de Saúde Indígena – SESAI, **Antônio Alves de Souza**, começou a sua fala cumprimentando a
1042 todos e manifestando a satisfação em estar na reunião do CNS para prestar contas sobre o
1043 seu trabalho, após um ano de criação da SESAI. Na sua exposição, apresentou os avanços, os
1044 desafios e as ações para o período de 2012 a 2015. Explicou que a SESAI nasceu com a
1045 missão de fazer com que a atenção à saúde indígena seja integral, de qualidade, resolutiva e
1046 humanizada, como merecem esses povos. Nessa linha, iniciou-se a reestruturação do
1047 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Segundo o Secretário, muito ainda falta
1048 fazer para atingir os objetivos, mas os primeiros resultados desse intenso trabalho, após um
1049 ano de criação da SESAI, já podem ser percebidos. Mostrou fotos que demonstram um quadro
1050 geral de sucateamento dos equipamentos e precariedade de instalações de pólos bases e
1051 CASAIs e, em alguns casos, foi feita interdição, com transferência para outro local. No que diz
1052 respeito à gestão do Subsistema de Saúde Indígena, explicou que antes da criação da
1053 SESAI/MS a situação era a seguinte: Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) sem
1054 autonomia financeira e administrativa; Servidores do DSEIs desvalorizados e sem capacitação;
1055 35 Convênios da saúde indígena sendo: 31 com ONGs e 4 com Prefeituras (a maioria com
1056 itens vedados pelo acórdão 823/2004 do TCU); recursos financeiros administrados por vários
1057 órgãos (Prefeituras, Funasa e SAS), dificultando o controle por parte do nível Federal; frota de
1058 veículos insuficiente e sucateada; rede e equipamentos de informática e comunicação
1059 insuficientes e precários; e maior parte das unidades dos DSEIs e CASAIs sem sede própria.
1060 Após um ano da SESAI/MS, foi feita a implementação de um novo modelo de gestão
1061 descentralizado no SASISUS, atendendo a reivindicação dos povos indígenas, com os 34
1062 DSEIs como Unidades Gestoras (UGs). Destes, 29 são também unidades executoras
1063 (Alagoas/Sergipe, Alto Rio Juruá, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Amapá e
1064 Norte do Pará, Araguaia, Bahia, Ceará, Cuiabá, Guamá Tocantins, Kaiapó, Minas
1065 Gerais/Espírito Santo, Litoral Sul, Parintins, Pernambuco, Mato Grosso, Leste de Roraima,
1066 Manaus, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Porto Velho, Potiguara, Tocantins, Vale do Javari,
1067 Vilhena, Xavante, Xingu e Yanomami) e cinco DSEIs ainda não estão em condições plenas de
1068 execução (Altamira, Kaiapó Pará, Médio Rio Purus, Rio Tapajós e Médio Solimões). Para
1069 garantir a autonomia dos DSEIs, foram capacitados 215 servidores dos Distritos Sanitários em
1070 um ou mais dos sistemas de administração orçamentária e financeira, RH, logística e licitações
1071 possibilitando a organização administrativa dos DSEIs. Além disso, os recursos da saúde
1072 indígena passaram à administração da SESAI, facilitando a execução orçamentária, bem como
1073 a fiscalização dos recursos, dando mais agilidade na execução das ações. Explicou que o
1074 Orçamento de 2011 (elaborado pela FUNASA e executado a partir de abril pela SESAI) é de
1075 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 CASAIs 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招ocou 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 da 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 (RENOME) 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 Soridente 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 ionômetro 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 agravio 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,

1196 financeira e responsabilidade sanitária e os produtos e atividades: 10.1 - Unidades Gestoras
1197 Implantadas em todos os DSEIs – concluída (29 Unidades implantadas e executoras); 10.2 -
1198 Os 34 DSEIs reorganizados e estruturados, com pelo menos 15 DSEIs em funcionamento
1199 pleno; 10.3 Todos os DSEIs com planos distritais elaborados e aprovados; 10.4 Concluído o
1200 inventário e a transferência de bens patrimoniais móveis e imóveis, equipamentos de
1201 monitoramento de qualidade da água e de construção de poços, bem como o acervo
1202 documental da Funasa para a Sesai; 10.5 Critérios para aquisição de veículos de transporte da
1203 saúde indígena definidos e normatizados; 10.6 - Sesai organizada e estruturada para gestão do
1204 SasiSUS; e 10.7 - Monitorar:- Vale do Javari - mortes indígenas por mês no Xavante . Também
1205 abordou o PPA 2012 – 2015 com destaque ao Objetivo 7: Implementar o Subsistema de
1206 Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as
1207 práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às
1208 especificidades culturais e suas iniciativas: 1) Implementação de modelo de atenção integral
1209 centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, integralidade e intersetorialidade
1210 das ações, participação popular e articulação com as práticas e medicinas tradicionais; 2)
1211 Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de
1212 resíduos sólidos nas aldeias, em quantidade e qualidade adequadas, considerando os critérios
1213 epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas, com metas até 2022
1214 (Universalizar os serviços de abastecimento de água nas aldeias com mais de 50 indígenas; 3)
1215 Estruturação do SASISUS. Na sequência, fez uso da palavra a representante da COIAB,
1216 **Sônia Guajajara**, que iniciou cumprimentando as representações indígenas presentes e
1217 demais participantes e agradecendo a oportunidade de debater o tema no CNS. Salientou que,
1218 diante da grave situação da saúde indígena, o movimento reagiu no sentido de garantir
1219 mudança, o que culminou na criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena- SESAI/MS.
1220 Em que pese essa conquista da criação da Secretaria, avaliou que não foi possível avançar
1221 como se gostaria nesse primeiro ano da SESAI, com a participação plena dos povos indígenas
1222 no processo. Ressaltou que o planejamento estratégico, com iniciativas e metas é essencial,
1223 contudo deve ser feito considerando as realidades locais e assegurando a participação dos
1224 povos indígenas. Reconheceu a importância do Fórum dos Presidentes dos Conselhos de
1225 saúde indígena, contudo, ponderou que não deve ser considerada a instância única de
1226 decisão, sendo necessário fortalecer as bases para fazer chegar as demandas à esfera
1227 nacional. Fez referência aos dois anos de construção da SESAI, com a participação do
1228 movimento indígena e salientou que é preciso continuar a luta para que a Secretaria não
1229 cometa os mesmos erros da FUNASA. Disse que os povos indígenas cobram pelo que não foi
1230 executado e pelo acordo firmado de que participariam de todo o processo, até mesmo da
1231 indicação dos chefes dos DSEIs, o que não está ocorrendo. Questionou a centralização dos
1232 convênios em apenas três ONGs, por entender que são insuficientes para atender a
1233 diversidade e especificidade étnica e cultural dos povos indígenas. No mais, salientou que,
1234 além da exigência do CEBAS, é preciso avaliar a situação das organizações, vez que a COIAB
1235 recebeu denúncias de irregularidades em relação a uma das Organizações contratadas.
1236 Também ressaltou a importância de capacitar os conselheiros dos CONDISIs para que
1237 exerçam a fiscalização e o controle das políticas voltadas aos povos indígenas. Finalizando,
1238 apelou à SESAI/MS que atenda as demandas do Fórum, priorizando a autonomia
1239 administrativa e financeira dos DSEIs e a contratação direta de pessoal da saúde indígena. O
1240 representante dos CONDISIs, **Lázaro Calixto Xerente**, cumprimentou os representantes
1241 indígenas e os demais presentes à reunião, além do Secretário da SESAI/MS. Ressaltou que a
1242 criação da Secretaria, resultado da reivindicação dos povos indígenas do Brasil, é um avanço,
1243 contudo, sinalizou a preocupação dos seus parentes com a possibilidade de a Secretaria
1244 cometer os mesmos equívocos da responsável anterior pelas ações e serviços de saúde das
1245 populações indígena. Assim, apelou ao Secretário que garanta a participação da comunidade
1246 indígena nas decisões da SESAI, conforme compromisso assumido quando da criação da
1247 Secretaria. Também conclamou o CNS, o Fórum e o movimento indígena para, juntos, lutar
1248 pela aprovação do orçamento proposto para a SESAI/MS em 2012, a fim de assegurar a
1249 assistência aos povos indígenas. Salientou ainda a importância de fortalecer o controle social
1250 nas três esferas, haja vista o papel essencial deste na fiscalização da execução das políticas.
1251 No mais, salientou que a saúde não se resume ao cuidado, com disponibilização de
1252 medicamento, visto que envolve outras dimensões como meio ambiente, agricultura,
1253 alimentação, moradia digna, comunicação. Solicitou ainda o apoio CNS na luta pelo
1254 reconhecimento dos agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Por fim, disse que o
1255 movimento indígena está à disposição para contribuir com o trabalho da SESAI/MS.

1256 **Manifestações.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou as representações
1257 indígenas presentes e salientou a importância de apoio e solidariedade aos povos indígenas
1258 por conta dos ataques sofridos. Registrhou a sua confiança e o seu respeito ao Conselheiro
1259 Antônio Alves, ressaltando o empenho dele para cumprir o papel designado pela Presidente
1260 Dilma Roussef à frente da SESAI/MS. Destacou que a saúde indígena está envolta em um
1261 processo estruturado, e que, as vezes, impede a realização das ações almejadas pelos povos
1262 indígenas. Salientou que é fundamental a garantia da autonomia dessa população e a
1263 profissionalização dos gestores dos Distritos, com participação dos povos indígenas. A respeito
1264 da força de trabalho, defendeu que a SESAI adote a isonomia salarial para todos os
1265 profissionais, conforme nível de formação. Lamentou a dificuldade imposta pelo MPOG para
1266 contratação de pessoal, levando a SESAI a firmar convênio com ONGs, o que é contra e a
1267 decisão do Ministério Público de contrapor-se a contratação de entidades, de acordo com a
1268 legislação. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou os integrantes da mesa e
1269 registrou o apoio do CONASEMS para implantação da Política de Saúde Indígena, por meio da
1270 SESAI/MS. Recuperou que, em 2007, o CNS enviou GT à aldeia do Rio Novo para participar
1271 de reunião com lideranças indígenas e o Plenário aprovou relatório que apontava a
1272 necessidade de mudança na gestão do Subsistema de Saúde Indígena. Nessa linha, salientou
1273 que o CNS é responsável por esse processo e de continuar a apoiar as ações da Secretaria,
1274 em especial, a de garantir a autonomia dos DSEIs. Também se colocou a disposição para
1275 contribuir com o trabalho da Secretaria e apontou a necessidade de descentralização e
1276 autonomia gestora. Por fim, frisou a importância de atuação intersetorial no que se refere à
1277 saúde indígena, assegurando a participação do Ministério da Defesa, Ministério da Agricultura,
1278 entre outros. Nesse momento, conselheiro **Alexandre Rocha Padilha** passou a compor a
1279 mesa junto com os demais convidados. Conselheiro **Rildo Mendes** começou salientando que o
1280 maior problema enfrentado pelos povos indígenas refere-se à falta de política social por parte
1281 do governo. Manifestou preocupação com a baixa execução dos recursos destinados à
1282 estruturação das unidades de saúde para atendimento da população indígena (execução de
1283 apenas 1,7% dos R\$ 16 milhões e R\$ 1,6 milhão empenhado). Avaliou que esse é o pior
1284 momento da saúde indígena e ressaltou, a título de exemplo, que não há nenhum funcionário
1285 contratado para atuar na Região Sul (no dia 31 de outubro, mais de 800 pessoas foram
1286 demitidas). Além disso, enfrentam-se problemas de desabastecimento de insumos e
1287 medicamentos, falta de recursos para saneamento, cancelamento do convênio para transporte
1288 dos indígenas das aldeias para as unidades de referência. Registrhou a discordância com o que
1289 está sendo pensado para os povos indígenas e com a contratação de pessoal por meio de
1290 ONGs, destacando inclusive que há uma entidade que é acusada de desvio de recurso e ainda
1291 assim o Ministério insiste na sua contratação. Finalizando, reiterou que os povos indígenas
1292 defendem a contratação direta dos profissionais para saúde indígena, assegurando
1293 atendimento de qualidade e permanente. O representante indígena, **Edmilson Canale**,
1294 manifestou satisfação em retornar ao CNS para dar continuidade ao debate sobre a saúde dos
1295 povos indígenas. Reafirmou os avanços alcançados no último ano com a criação da SESAI e
1296 salientou que as ações implementadas pela Secretaria atingem interesses daqueles que se
1297 beneficiavam de forma indevida com os recursos destinados à saúde indígena. Observou que
1298 as ações realizadas pela SESAI estão de acordo com as demandas defendidas pelos povos
1299 indígenas e citou, como exemplo: a autonomia dos Distritos, com indicação técnica dos seus
1300 chefes; incorporação dos recursos que eram repassados às prefeituras ao orçamento da
1301 SESAI; reestruturação física e logística dos Distritos; execução de ações de saneamento; e
1302 fortalecimento do controle social. Concordou que é necessário redefinir a política de pessoal
1303 para a saúde indígena, mas, para isso, é necessária decisão do MPOG. Por fim, avaliou que a
1304 SESAI está no caminho correto, sendo necessários ajustes ao processo, com a participação
1305 dos povos indígenas. Conselheiro **Reginaldo Neves Gomes** salientou que o momento é de
1306 luta pela contratação direta dos profissionais de saúde indígena, haja vista os problemas
1307 enfrentados por esses profissionais com a contratação indireta (na condição de AISAN, por
1308 exemplo, está há mais de quatro meses sem receber pagamento pelos serviços). Salientou que
1309 é preciso considerar nesse contexto que a Secretaria possui uma herança negativa da
1310 corrupção na FUNASA, o que dificulta a implementação das ações. Finalizando, manifestou o
1311 apoio à SESAI e aproveitou para convidar o Ministro da Saúde para o seminário a realizar-se
1312 de 17 a 19 de novembro de 2011. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omore**, após saudar o
1313 Ministro da Saúde e o Secretário da SESAI, salientou que a herança da FUNASA é lamentável
1314 e triste, com prejuízos aos povos indígenas, portanto, não pode ser repetida. Destacou a sua
1315 confiança na gestão do Secretário Antônio Alves, mas defendeu a participação da comunidade

1316 indígena nesse processo e fortalecimento do controle social indígena. Salientou que crianças e
1317 mulheres indígenas continuam a morrer por falta de atendimento e, a propósito, informou a
1318 morte de uma criança indígena na semana anterior. Também salientou a situação crítica das
1319 CASAI com obras inacabadas, a falta de saneamento nas aldeias, ausência de profissionais,
1320 reforçando a necessidade de dar resposta a essa situação. A respeito do Programa Brasil
1321 Soridente Indígena, defendeu a contratação de profissionais de saúde bucal e aquisição de
1322 instrumentos e equipamentos para atendimento dos povos indígenas. Conselheiro **Clóvis**
1323 **Boufleur** fez uso da palavra para lamentar a morte da criança indígena na semana anterior e
1324 reiterou a importância de continuar a luta a fim de evitar a morte precoce de crianças. O
1325 assessor da SESAI/MS, **Valdenir França**, reiterou que as críticas à SESAI/MS decorrem do
1326 fato de as ações da Secretaria ter tirado do estado de conforto aqueles que se beneficiavam
1327 indevidamente dos recursos da saúde indígena. Informou que foram exonerados chefes de
1328 Distritos por desvio de conduta e de finalidade, lembrando que o cartão de combustível era
1329 moeda de troca em alguns locais. Conclamou as entidades indígenas a unir-se em defesa da
1330 contratação direta dos profissionais para atuar na saúde indígena e solicitou novamente o
1331 apoio do CNS à luta dos povos indígenas. **Retorno da mesa.** O Secretário da SESAI/MS,
1332 **Antônio Alves de Souza**, comentou as principais questões que emergiram das intervenções,
1333 mas, antes, cumprimentou e agradeceu o Ministro da Saúde pelo apoio à SESAI, sendo que
1334 esta é a única Secretaria do Ministério da Saúde que possui comitê executivo para resolver
1335 questões emergenciais. Explicou que os seminários do GT de Saúde Indígena foram gravados
1336 e em nenhum momento prometeu que a indicação para cargos seria submetida à aprovação
1337 dos povos indígenas, vez que o ato de nomear é competência da Presidente da República,
1338 conforme prevê a Constituição Federal de 1988. Ressaltou que os povos indígenas devem
1339 fiscalizar as ações dos Distritos e a gestão fará as mudanças nos locais onde for necessário.
1340 Reiterou que o chamamento público foi feito dentro da legalidade e a minuta foi entregue aos
1341 órgãos de fiscalização para avaliação e não houve questionamento. No mais, esclareceu que,
1342 conforme a LDO 2011, o Ministro da Saúde não pode firmar convênio e repassar recurso para
1343 Organização que não possua Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social –
1344 CEBAS. Ressaltou que, após a seleção das três Organizações, foi feita consulta e verificou-se
1345 que não havia restrição a nenhuma delas. Por outro lado, recuperou que uma das ONGs
1346 defendidas pelo movimento do Sul está sendo investigada pela CPI das ONGs. A respeito da
1347 contratação de pessoal, disse que o governo dispõe de regras para contratação que devem ser
1348 seguidas, por exemplo, limite de contratação pela Lei de Responsabilidade Fiscal. No caso dos
1349 AISAN e dos agentes de saúde indígena, explicou que é impossível realizar concurso público
1350 para contratação porque estes profissionais devem ser escolhidos de acordo com a realidade
1351 local. Assim, a SESAI/MS discutirá com o MPOG uma forma de contratação desses e de outros
1352 profissionais indispensáveis à saúde indígena, tais como intérprete, motorista de barco, entre
1353 outros. Afirmou que defende a perenidade das ações e serviços de saúde para os indígenas,
1354 mas ainda não há respostas para a situação por conta da complexidade e função diferenciada
1355 dos profissionais para atuar nas aldeias. Concordou que é preciso fortalecer as instâncias de
1356 controle social indígena e, nessa linha, os conselhos de saúde indígena e os DSEIs terão
1357 orçamento para essa finalidade. Por outro lado, salientou que os conselheiros devem trazer as
1358 discussões da sua base e levar as informações. Nesse sentido, disse que é preciso fazer
1359 debate sobre a representatividade dos conselheiros e do papel do controle social. Disse,
1360 ainda, que é impossível reconstruir o Subsistema de Saúde Indígena, dada a sua
1361 complexidade, em apenas um ano de gestão, mesmo com uma equipe à frente do Ministério da
1362 Saúde que apoia a saúde indígena. Finalizando, disse que é preciso definir parceria e
1363 integração com CONASS, CONASEMS e outros áreas para alcançar as metas definidas. A
1364 representante da COIAB, **Sônia Guajajara**, explicou que a intenção da COIAB é contribuir no
1365 processo de consolidação do Subsistema de Saúde Indígena e salientou que a SESAI/MS
1366 deve considerar a diversidade dos povos indígenas na definição de ações e assegurar a
1367 participação do movimento indígena na escolha dos chefes de Distritos. Também concordou
1368 que é preciso unir esforços para fazer um movimento no MPOG em favor da contratação direta
1369 de profissionais para a saúde indígena. Salientou que é preciso ampliar o debate entre os
1370 movimentos e juntos definir o melhor caminho. Reiterou o pedido de participação das
1371 organizações indígenas nas reuniões do Fórum. O representante dos CONDISI, **Lázaro**
1372 **Calixto Xerente**, também salientou a importância de atuação conjunta - gestão, controle social
1373 e movimento indígena, a fim de fortalecer o Subsistema de Saúde Indígena e assegurar a
1374 saúde com qualidade (bem estar físico, mental e social). Também reiterou o pedido do Fórum
1375 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 contração 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. Registrhou 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 Soridente 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, 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

1436 desde a criação do Subsistema de Saúde Indígena. Também disse que fora diretor de saúde
1437 indígena na FUNASA, e sempre teve a convicção sobre a importância de ouvir as lideranças e
1438 ampliar a participação do movimento nas decisões que lhe dizem respeito. Informou que, na
1439 sua gestão, foi instituído o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena e
1440 observou que a orientação à SESAI/MS é que não repita os equívocos anteriores. Em sua
1441 opinião, uma das formas de dar conta de políticas de redução das desigualdades é garantir
1442 canais de participação e escuta dos movimentos. Também chamou a atenção para a conquista
1443 das mulheres na condição de lideranças indígenas e lembrou que o setor saúde contribuiu para
1444 que isso ocorresse. Disse que a sua orientação, na condição de Ministro da Saúde e a do
1445 Secretário da SESAI/MS é que, independente do que determina a Lei, o Ministério da Saúde
1446 ouviria as lideranças indígenas na definição dos chefes de DSEI, tanto que foi provido debate
1447 no Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena sobre os critérios para
1448 indicação desses representantes. Salientou que o Ministério da Saúde continuará a ouvir as
1449 lideranças e o Fórum de Presidentes de CONDISI deve avaliar as indicações dos chefes dos
1450 Distritos e verificar se está sendo cumprido o que fora acordado. Salientou que uma das
1451 premissas é ouvir os povos indígenas, o que não significa, necessariamente, concordar.
1452 Ressaltou que a grande preocupação e assegurar que qualquer indicação siga o critério
1453 técnico de conhecimento da realidade com avaliação contínua. Outra premissa é não repetir os
1454 erros anteriores e, nessa linha, o Ministério da Saúde decidiu não abrir processo de concurso
1455 público tradicional para contratar profissionais para atuarem nas aldeias, em razão de não
1456 desejar a repetição dos aspectos negativos da gestão anterior. Para elucidar, fez referência ao
1457 DSEI Ianonami, que, na década de 90, teve profissionais que desconheciam a realidade e que,
1458 após seis meses, solicitaram mudança. Ressaltou que o concurso público, da forma como é
1459 hoje, não dá conta das especificidades indígenas e o Ministério da Saúde dialoga com o MPOG
1460 para definir um modelo diferente de contratação, de carreira e remuneração, o que é inédito no
1461 país. Disse que, enquanto se discute essa proposta de concurso, o Ministério da Saúde
1462 priorizou o decisivo da Política de Saúde Indígena: autonomia dos DSEI; realização de
1463 concurso para compor as equipes responsáveis pela gestão dos DSEIs (contratação direta pela
1464 SESAI/MS). Explicou que, enquanto se constrói essa alternativa para realização de concurso
1465 de acordo com a realidade, a SESAI abriu edital público nacional, com características
1466 regionais, para contratação de pessoal. Esclareceu que a SPDM foi selecionada porque é a
1467 instituição com a mais longa atuação na saúde indígena e possui avaliação positiva (a
1468 instituição está há 65 anos no Projeto Xingu). Frisou que é impossível resolver em curto prazo
1469 o problema da assistência à saúde dos povos indígenas, como enfrentamento dos
1470 determinantes sociais, em razão da diversidade do país. Reafirmou o compromisso de manter
1471 o canal de articulação com o Fórum e conclamou os conselheiros a participarem das reuniões
1472 desse espaço, a fim de conhecerem a realidade dos povos indígenas. Concluída a fala,
1473 conselheiro Clóvis Boufleur passou aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada, por**
1474 **consenso, a intensificação da participação dos povos indígenas na consolidação da**
1475 **SESAI/MS.** Por conta do adiantado da hora, conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a
1476 seguinte proposta de encaminhamento acerca do Relatório Anual de Gestão: dar continuidade
1477 ao debate do RAG até o mês de dezembro de 2011 visando encontrar alternativas para as
1478 ressalvas e recomendações do CNS ao Relatório. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**,
1479 Presidente do CNS, concordou com o encaminhamento e sugeriu nesse período o CNS
1480 aprofunde o debate sobre Restos a Pagar com vistas à definição de estratégias para acelerar a
1481 execução financeira do orçamento, evitando a inclusão de recursos em Restos a Pagar.
1482 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** aproveitou para solicitar a presença do Ministro da
1483 Saúde no debate do RAG, na próxima reunião do CNS. Conselheiro **Alexandre Rocha**
1484 **Padilha** comprometeu-se a participar do debate do RAG na próxima reunião do CNS e sugeriu
1485 uma reunião da equipe técnica do Ministério da Saúde com a COFIN para aprofundar o debate
1486 sobre Restos a Pagar. **Deliberação: dar continuidade ao debate do RAG até o mês de**
1487 **dezembro de 2011 visando encontrar alternativas e soluções a serem pactuadas para as**
1488 **ressalvas e recomendações do CNS ao Relatório; e aprofundar o debate sobre Restos a**
1489 **Pagar.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando os trabalhos,
1490 iniciou-se o debate do item 10 da pauta. **ITEM 10 – COMISSÃO PERMANENTE DE**
1491 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – ANÁLISE DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2010**
1492 **- PLANO NACIONAL DE SAÚDE – PRESTAÇÃO DE CONTAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**
1493 **- 1º E 2º TRIMESTRE/2011 – EMENDA CONSTITUCIONAL N°. 29 - Composição da mesa:**
1494 **Ayrton Galiciani Martinello**, Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS; Conselheiro
1495 **Fernando Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; e **Francisco Funcia**, assessor da

1496 COFIN/CNS. Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS.
1497 A coordenadora da mesa iniciou lembrando que, em relação ao Relatório Anual de Gestão
1498 2010, o Plenário decidiu continuar o debate até o mês de dezembro de 2011 visando encontrar
1499 alternativas e soluções a serem pactuadas para as ressalvas e recomendações do CNS ao
1500 Relatório. Sendo assim, sugeriu transferir a apreciação da prestação de contas do Ministério da
1501 Saúde relativa ao 1º e 2º trimestre de 2011 também para o próximo mês. **Deliberação: o**
1502 **Plenário transferiu para o mês de dezembro de 2011 a apresentação da prestação de**
1503 **contas do Ministério da Saúde relativa ao 1º e 2º trimestre de 2011.** A seguir, o
1504 coordenador da COFIN, conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**, informou o Pleno sobre o
1505 Seminário Nacional “Caminhos para o SUS – da universalidade e integralidade”, realizado no
1506 dia 10 de outubro de 2011, na Câmara dos Deputados e fez a leitura da síntese do Relatório do
1507 Seminário, elaborado pela Subcomissão de Reestruturação do SUS (o Relatório Final será
1508 socializado aos conselheiros). Também apresentou o calendário de mobilização em prol da
1509 regulamentação da EC nº 29: 15 de novembro de 2011 – mobilização em defesa do SUS
1510 (todos de branco); 22 de novembro – “jalecasso” com mobilização no Congresso Nacional; e 30
1511 de outubro – ato público com marcha das entidades em direção ao Congresso Nacional. Por
1512 fim, comunicou que será disponibilizado informe sobre a votação da DRU. Feitos esses
1513 informes, a mesa passou à aprovação do Plano Nacional de Saúde, que fora apresentado ao
1514 CNS e recebera contribuições. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** recuperou que o CNS,
1515 por meio da COFIN, acompanhou a elaboração do Plano Nacional de Saúde desde o início do
1516 processo e a Comissão recomenda a aprovação do documento. **Deliberação: não havendo**
1517 **manifestações, o Plano Nacional de Saúde foi aprovado por unanimidade.** A seguir, o
1518 Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS, **Ayrton Galiciani Martinello**, registrou a sua
1519 satisfação e felicidade com a aprovação do Plano Nacional de Saúde no prazo regimental, um
1520 documento elaborado com a participação e acompanhamento do CNS e salientou que o
1521 grande desafio seria concluir a elaboração da primeira programação em saúde. No mais,
1522 despediu-se dos conselheiros informando que deixaria a Coordenação Geral de Planejamento
1523 e agradeceu a oportunidade de aprendizagem e a acolhida da COFIN e do Pleno do CNS. As
1524 falas a seguir foram de agradecimento ao Coordenador Geral de Planejamento SPO/MS pela
1525 contribuição e de reconhecimento da importância do seu trabalho que possibilitou, inclusive, a
1526 aproximação das áreas técnicas do Ministério da Saúde e CNS. Além disso, foi feita a
1527 solicitação de que fosse explicitada a possibilidade de correção do PNS, se fosse o caso e foi
1528 salientada a necessidade de retomar a realização de oficinas sobre financiamento e
1529 orçamento. **ITEM 8 – INFORMES E INDICAÇÕES - RESOLUÇÃO FORMAÇÃO**
1530 **PROFISSIONAL - CURSO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA PARA CONSELHEIROS DE**
1531 **SAÚDE - Apresentação: Gleisse de Castro Oliveira**, Secretária Executiva Substituta do CNS.
1532 **Coordenação:** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES.**
1533 1) Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** falou sobre dois temas: a) Auditoria do TCU sobre
1534 Oncologia – foi entregue à SE/CNS para ser disponibilizada aos conselheiros (o TCU define o
1535 prazo de 90 dias para o Ministério da Saúde apresentar um plano de ação para resolver as
1536 pendências apontadas pelo Tribunal); e b) Campanha sobre Agrotóxicos – solicitação de
1537 participação do CNS na cruzada contra o uso de agrotóxicos. 2) Conselheira **Cleuza de**
1538 **Carvalho Miguel** informou que passará a representar no CNS, além do MOPEM, a Federação
1539 Brasileira de Associações Civis de Pacientes com Esclerose Múltipla no CNS - FEBRAPEM, da
1540 qual é vice-presidente. **INDICAÇÕES.** a) Composição das mesas dos GTs e Plenárias de
1541 Abertura e Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. **As indicações serão entregues à**
1542 **SE/CNS.** b) Lançamento do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência. Data: 17 de
1543 novembro de 2011. Horário: 10 horas. Local: 2º andar do Palácio do Planalto, Brasília-DF.
1544 **Indicação:** Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel.** c) III Conferência Nacional dos Direitos
1545 da Pessoa Idosa. Data: 23 a 25 de novembro de 2011. Local: Confederação Nacional dos
1546 Trabalhadores do Comércio – CNTC. Tema: O compromisso de todos por um envelhecimento
1547 digno no Brasil. **Indicação:** Conselheiro **Geraldo Adão Santos.** Na sequência, foi colocada
1548 em apreciação a Resolução sobre formação profissional. Conselheira **Ana Estela Haddad**
1549 explicou que a Resolução trata da graduação e da pós-graduação e as residências médicas e
1550 residências em saúde foram colocadas separadamente, por conta da primeira especificidade
1551 da primeira. Conselheiro **Willen Heil e Silva** fez referência à Lei 2.514 que agrupa valor à
1552 residência médica, criando remuneração diferenciada para essa categoria, o que não deveria
1553 ocorrer. Acordou-se que após a votação da resolução seria feita manifestação a esse respeito.
1554 Em seguida, a coordenadora da mesa colocou em apreciação a resolução sobre formação
1555 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 Secretaria 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 Boufleur** 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 Secretaria 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 14^a 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 227^a 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. Boufleur, 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.