



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

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

10 Aos treze e quatorze dias do mês de junho de dois mil e doze, no Auditório do Anexo III da  
11 Presidência da República e no Auditório da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS,  
12 Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Ducentésima  
13 Trigésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-  
14 se às 9h20, no Auditório do Anexo III da Presidência da República, com o colóquio  
15 interconselhos nacionais, organizado pelo CNS e pela Secretaria Nacional de Articulação  
16 Social (SNAS) da Secretaria Geral da Presidência da República. O evento debateu a  
17 participação social no Brasil e o papel dos conselhos de políticas públicas na democracia  
18 participativa e contou com a participação do sociólogo português **Boaventura de Sousa**  
19 **Santos** e de representantes de mais de 35 conselhos nacionais. **MOMENTO**  
20 **INTERCONSELHOS NACIONAIS - CONFERÊNCIA SOBRE O PAPEL DOS CONSELHOS**  
21 **DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA** – *Composição da mesa:*  
22 **Paulo Maldos**, Secretário Nacional de Articulação Social/PR; **Maria do Socorro de Souza**,  
23 Conselho Nacional de Saúde; **José Geraldo de Sousa Júnior**, reitor da Universidade de  
24 Brasília; e **Pedro Pontual**, Diretor de Participação Social/PR. *Apresentação:* professor  
25 **Boaventura de Sousa Santos**, sociólogo português/Coimbra, Portugal. O diretor de  
26 participação social, **Pedro Pontual**, na condição de coordenador da mesa, destacou a intenção  
27 do colóquio de debater com as representações dos 36 conselhos nacionais a participação  
28 social na democracia de alta intensidade na linha de definir ações conjuntas e articuladas entre  
29 essas instâncias. Acrescentou que o encontro era parte do esforço para consolidar no Brasil o  
30 papel das instâncias participativas e de controle social que acompanham e constroem as  
31 políticas públicas do país. O Secretário Nacional de Articulação Social/PR, **Paulo Maldos**,  
32 manifestou satisfação com o debate e reflexões sobre a participação da sociedade, em  
33 especial, nesse momento em que se realizava a Conferência das Nações Unidas Rio + 20.  
34 Lembrou a missão da SNAS/PR de fortalecer o protagonismo da sociedade nos processos de  
35 conferência e nos conselhos e destacou a meta da Secretaria de construir um Sistema  
36 Nacional de Participação Social capaz de aprofundar a democracia no Brasil. O reitor da  
37 Universidade de Brasília, **José Geraldo de Sousa Júnior**, manifestou satisfação em participar  
38 do diálogo com os atores do processo de reafirmação da cidadania e da democracia do país.  
39 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** destacou o papel importante do CNS na democracia  
40 brasileira e salientou a importância de criar espaços não formais para debater as questões  
41 sociais ainda não resolvidas. Também manifestou a satisfação do CNS de protagonizar a  
42 iniciativa de debate com outros conselhos nacionais e o acerto da gestão em apoiar a  
43 atividade. Após as falas dos integrantes da mesa, o professor **Boaventura de Sousa Santos**  
44 explanou sobre a participação social no Brasil e o papel dos conselhos de políticas públicas na  
45 democracia participativa. Disse que o momento é de alerta porque a democracia está em risco  
46 e ilustrou a situação citando o exemplo da Europa onde direitos adquiridos estão sendo  
47 colocados em risco por conta da crise política e econômica. Apontou as ameaças à democracia  
48 que, na sua visão, somente as democracias de alto impacto podem combater: desorganização  
49 do Estado; esvaziamento da própria democracia; desvalorização do trabalho; destruição da  
50 natureza; mercantilização do saber; e criminalização do protesto nacional. Na avaliação do  
51 professor, os países têm muito a aprender com as experiências brasileiras de fortalecimento da  
52 democracia participativa e dos conselhos como forma efetiva de modificação do Estado.  
53 Encerrado o colóquio, o professor **Boaventura de Sousa Santos** se reuniria com o Presidente  
54 do CNS e ministro da Saúde, **Alexandre Rocha Padilha**, para definir ações de cooperação  
55 com o Brasil. Finalizada a atividade, os trabalhos foram suspensos para o almoço. Retomando

56 os trabalhos no Auditório da OPAS, a mesa foi composta pelo conselheiro **Alcides Silva de**  
57 **Miranda** e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**. Iniciados os trabalhos,  
58 Conselheiro **Nelson Mussolini** interveio para manifestar sua insatisfação com o  
59 descumprimento dos horários de início e término da reunião e solicitou à SE/CNS providências  
60 para fazer cumprir os tetos estabelecidos para os trabalhos. Além disso, solicitou  
61 esclarecimentos sobre a publicação da Revista do CNS, uma vez que, na condição de  
62 integrante do Conselho Editorial, não era convidado para reunião desse Conselho há três  
63 meses e um novo número da revista seria lançado. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**  
64 colocou que o descumprimento dos horários definidos mereceria reflexão do Plenário porque  
65 comprometeria os trabalhos. A respeito da revista do Conselho, o Secretário Executivo do CNS,  
66 **Márcio Florentino**, informou que o boneco da próxima edição foi enviado aos integrantes da  
67 Mesa Diretora do CNS e aos integrantes do Conselho Editorial. Além disso, explicou que a  
68 intenção era melhorar a estrutura física do CNS e a dinâmica das reuniões do Pleno, das  
69 Comissões e GTs, a fim de otimizar os trabalhos. Também justificou a mudança na pauta da  
70 reunião definida pela Mesa Diretora do CNS, com a inclusão do momento interconselhos  
71 nacionais, que contou com a participação do professor Boaventura de Sousa Santos. Explicou  
72 que o professor, estudioso do tema democracia em vários países, dispôs-se a ser um parceiro  
73 do CNS no debate do tema. Conselheiro **Nelson Mussolini** informou que não recebeu o  
74 boneco da próxima Revista do CNS e o Secretário Executivo do CNS comprometeu-se a  
75 verificar o que houve e reestabelecer o contato com o Conselho Editorial. **ITEM 1 –**  
76 **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 234<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação:** **Márcio**  
77 **Florentino**, Secretário Executivo do CNS. **Coordenação:** conselheiro **Alcides Silva de**  
78 **Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. **Conselheiro Alcides Silva de Miranda** colocou em  
79 **apreciação a pauta da 233<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada por**  
80 **unanimidade. Em seguida, submeteu à votação a ata da 234<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS**  
81 **que também foi aprovada por unanimidade.** Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling** fez  
82 referência à fala do representante do Movimento Nacional de População em Situação de Rua,  
83 **Anderson Miranda**, na última reunião do CNS, defendendo a inclusão das pessoas em  
84 situação de rua no SUS, sem atendimento em “guetos”. Disse que, apesar da luta do  
85 movimento pela inclusão no Sistema, em alguns municípios as pessoas em situação de rua,  
86 por não terem residência, não conseguem fazer o Cartão SUS e ser atendidos nos centros de  
87 saúde, sendo encaminhados para serviços específicos. Desse modo, solicitou a transcrição da  
88 fala do representante do Movimento, Anderson Miranda e solicitou que fosse pautado debate  
89 no CNS sobre cartão SUS com foco na população em situação de rua. **Deliberação:**  
90 **encaminhar para Mesa Diretora do CNS solicitação de pauta para tratar do Cartão SUS**  
91 **com foco na população em situação de rua.** **ITEM 2 - BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE:**  
92 **FORMAÇÃO PROFISSIONAL – O QUE FAZER PARA QUE O SUS ASSUMA O**  
93 **PROTAGONISMO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS? - Apresentação:** **Fernando**  
94 **Antônio Menezes da Silva**, Secretário Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na  
95 Saúde – SGTES/MS; **Andréa de Farias Barros**, Diretora de Regulação e Supervisão da  
96 Educação Superior da SERES/MEC. **Coordenação:** Conselheiro **Alexandre Rocha Santos**  
97 **Padilha**, Presidente do CNS e Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do  
98 CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** recuperou que essa pauta dava continuidade ao  
99 debate sobre formação profissional realizado na última reunião do CNS. Explicou que, na  
100 avaliação da Mesa Diretora do CNS, a abordagem do tema deveria ser feita na linha de  
101 subsidiar encaminhamentos do CNS, por isso, foi definida como pergunta norteadora: o que  
102 fazer para que o SUS assuma o protagonismo na formação de recursos humanos? Feitas  
103 essas considerações iniciais, abriu a palavra para os convidados. O primeiro a expor sobre o  
104 tema foi o Secretário Adjunto da SGTES/MS, **Fernando Antônio Menezes da Silva**, que  
105 começou mostrando um quadro resumo das estratégias trabalhadas em relação a provimento e  
106 fixação, que se dividem em quatro eixos, conforme *Recomendaciones globales de políticas*,  
107 OMS, 2010: intervenção educativa; intervenção do marco regulatório; incentivo financeiro; e  
108 gestão do ambiente e apoio social. Segundo o expositor, a formação profissional não é uma  
109 preocupação apenas do Brasil e o Simpósio UK-Brasil, realizado de 15 a 18 de maio 2012,  
110 demonstrou pontos de interesse comuns relacionados a recursos humanos entre Brasil e Reino  
111 Unido: 1) estratégias e políticas que visem a retenção de médicos em unidades básicas de  
112 saúde em regiões rurais e remotas; 2) financiamento da atenção primária à saúde – fórmulas,  
113 contratos e serviços adicionais; 3) utilização do *horizon scanning*, modelagem de sistemas  
114 dinâmicos e modelagem da oferta e demanda de recursos humanos; 4) planejamento de  
115 equipes de atenção primária em saúde no Brasil e no Reino Unido; 5) CfWI fornecerá ao MS os

números de parteiras e assistentes médicos; e 6) O MS fornecerá ao CfWI informações sobre os agentes comunitários de saúde. Também apresentou um quadro com a estrutura da educação e treinamento no Reino Unido que integra carreira e formação, resultando em regulação e ordenação do Sistema, mas salientou que o país enfrenta problemas de falta de pessoal. No caso do Brasil, destacou como particularidades na formação de profissionais da saúde: especialização precoce na graduação e pós-graduação; projetos de abertura de cursos espontâneos; padrão de concentração de vagas e desigualdade na distribuição; desconexão entre as necessidades do sistema e o ofertado pelas instituições formadoras; entendimento precário do estoque e da distribuição dos especialistas médicos no país, comparados com as necessidades presumidas dos cuidados de saúde relacionados com as necessidades da população e do SUS; ainda em definição as variáveis e indicadores para a consolidação de um banco de dados a ser utilizado no planejamento da força de trabalho; e instabilidade e multiplicidade dos vínculos de trabalho. Acrescentou como outras particularidades do país a desconexão entre formação e carreira, o status de especialista atingido no início da carreira, a fragmentação excessiva do cuidado à saúde e especialidades em excesso (54, por enquanto). Destacou que essas particularidades do Brasil resultam em um sistema complexo em que o Estado paga pela formação (graduação e residências) e não ordena ou regula pelas necessidades de especialistas no Sistema. Assim, as associações de especialistas fazem o papel do Estado, definindo especialidades e quantos entram para treinamento. Explicou que a formação ocorre predominantemente no setor público e as universidades públicas são autônomas para definir onde e quando abrir um novo curso, seu perfil e definir o número de vagas, sendo estados e municípios os principais empregadores. Ressaltou ainda que o planejamento da força de trabalho no Brasil se dá em nível local – municípios e estados – e a ênfase maior é a reposição de recursos humanos, na maioria das vezes, pensada após a infraestrutura e o modelo de rede e assistência. Do ponto de vista da formação, disse que o país não trabalha com a metodologia de números fechados (*numerus clausus*). Mostrou um quadro sobre as escolas médicas no Brasil - 1808 a 2012, destacando que, de 2009 a 2011, foram abertas 7 escolas médicas e, em 2012, 8 (720 vagas), totalizando 195 escolas e 19.320 vagas. Em que pesem esses números, disse que não se deve contar números de escolas e sim número de ingressantes, a fim de não incorrer em erros. A título de comparação, explicou que na Inglaterra são 280 vagas por escola, na média, e, no Brasil, 99 vagas por escola. Seguinte, mostrou outro quadro com a proporção habitantes/vaga em 2010, destacando que essa proporção é desigual entre os estados, sendo necessário discutir os motivos dessa situação. Acrescentou que, em comparação a outros países, a razão de formandos de Medicina/100.000 habitantes no Brasil (3,04%) está bem abaixo de outros países como Chile (6,5%); Portugal (10,4%); Reino Unido (9,4%); e Estados Unidos da América (6,5%). Disse que a situação hoje é de problemas no acesso e na qualidade da atenção à saúde, escassez de médicos para o SUS na maior parte das regiões brasileiras, formação centrada em procedimentos e precária integração com o SUS e desarticulação do trabalho multiprofissional nos serviços de saúde para o atendimento das necessidades de saúde da população. A propósito, citou o estudo do IPEA sobre a percepção da população acerca do SUS que identificou, entre as principais melhorias sugeridas pelos entrevistados para os serviços de médicos especialistas, o aumento do número de médicos (41,5%) a com maior percentual. Também falou da carência de especialistas, segundo os hospitais, com destaque para pediatria (32,1%) e anestesiologia (30%). Explicou que na atenção primária em saúde também há escassez de médicos em todo o país, sendo mais grave em algumas regiões. Continuando, comentou um gráfico com a evolução das admissões por primeiro emprego e salário real de médicos no mercado formal e egressos de medicina no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10. Explicou que, antes, o número de egressos era superior a possibilidade de primeiro emprego e, hoje, há mais empregos que egressos, com crescimento do salário. Na enfermagem, a situação é oposta: o número de egressos cresce e é muito superior ao número de empregos, com diminuição do valor salarial. Disse que um modo simples de cálculo, considerando demografia (entradas e saídas no sistema, graduados versus mortalidade e aposentadoria), sem considerar migração entre estados e fatores relevantes (sociais, de gênero, economia, avanços tecnológicos, cenários futuros), em relação ao número de médicos, para atingir a meta (530.621 médicos) faltariam 162.046 médicos. Todavia, ressaltou que essa é uma projeção e estão sendo realizados estudos para identificar o número real de médicos que faltam no Brasil. Diante do quadro do país, destacou que o MS definiu as seguintes ações, em andamento, com influência na formação: ações indutoras de transformação na graduação: PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE; Ações indutoras após a graduação: PRÓ-RESIDÊNCIA; Ações

176 Transversais de apoio ao provimento e fixação: FIES e PROVAB; e Ações Transversais na  
177 formação, Educação Permanente e Continuada: Programa de Educação Permanente,  
178 Disseminação de Tecnologia da Informação na Saúde; e PROGESUS. Seguindo, detalhou os  
179 desafios da SGTES, considerando o modelo proposto para o SUS, as linhas de cuidado  
180 definidas pelo MS, a dinâmica do perfil epidemiológico, as expectativas e demandas da  
181 sociedade: a) projetar as necessidades de profissionais de saúde e contribuir para a sua  
182 formação e distribuição; b) induzir e fomentar mudanças nos processos de graduação, pós-  
183 graduação e educação permanente e continuada, utilizando a melhor evidência educacional e  
184 em saúde; c) ordenar e regular a formação dos diversos especialistas de modo a corrigir a  
185 carência e a desigual distribuição de profissionais de saúde; e d) propor e criar políticas,  
186 programas e ações integradas com os grupos intervenientes para promover o provimento e  
187 fixação nos vazios assistenciais. Em outras palavras, disse que os desafios apontam para a  
188 necessidade de debater ordenação e regulação para o país, considerando: quantos, qual perfil  
189 (quem faz e o que), quando e onde. Todavia, frisou que esse debate demanda aprimoramento  
190 das condicionantes (cenários de projeção) e o envolvimento dos setores da saúde. A seguir,  
191 expôs sobre o tema a Diretora de Regulação e Supervisão da Educação Superior da  
192 SERES/MEC, **Andréa de Farias Barros**, com enfoque nas medidas conjuntas do MS e MS  
193 para melhoria da formação profissional. Entre essas iniciativas conjuntas, citou a publicação do  
194 Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, que consolidou denominações e Catálogo Nacional de  
195 Cursos Superiores de Tecnologia, que possibilitou melhor ordenação do sistema superior  
196 tecnológico. Disse que desde setembro de 2011, quando assumiu a Secretaria, foram várias as  
197 interações com o MS, mas reconheceu que há questões pendentes a serem resolvidas como a  
198 inclusão da enfermagem entre as profissões que demandam parecer do CNS, sobre a qual há  
199 consenso, sendo necessária formalização. Também destacou o trabalho conjunto do MEC e  
200 MS na autorização, reconhecimento e renovação de cursos e as ações relativas à formação em  
201 todas as áreas de saúde – desde o ensino técnico até a pós-graduação. No mais, salientou que  
202 foram definidas ações relativas aos hospitais de ensino e à residência médica. Na condição de  
203 pesquisadora na área de educação, fez questão de ressaltar que a área de saúde trabalha com  
204 o que há de mais moderno, do ponto de vista pedagógico. Por outro lado, disse que o sistema  
205 de ensino - técnico e superior - apresenta desigualdades e seria necessária divisão mais  
206 equânime para dar suporte a outras áreas. Sinalizou, por exemplo, que há mais de quinze anos  
207 o curso de técnico em enfermagem é o maior em número de oferta de vagas, todavia, o último  
208 CENSO apontou em segundo lugar o curso de segurança de trabalho. Sobre mapeamento de  
209 oferta x demanda, disse que é base para definir a ordenação desejável e se observa duas  
210 linhas que, por vezes, entram em tensionamento: política de indução (não existe, mas é  
211 necessário existir); e formação de courses (já existe em número adequado e, por isso, chama a  
212 existência de novos). Explicou que o enfrentamento dessa situação, que ocorre em todas as  
213 áreas, passa pela indução de cursos e definição de políticas que evitem distorções. Ainda a  
214 respeito da atividade regulatória, disse que o Ministério da Educação trabalha com análise do  
215 impacto regulatório, ou seja, acompanhamento do impacto e da eficiência de medida  
216 regulatória (criação de um curso, suspensão de vagas, suspensão de ingresso). Além disso,  
217 informou que o MEC iniciará processo de acompanhamento da formação de novas carreiras, a  
218 cada ano, para verificar o desenvolvimento e a situação de cursos. Assegurou ainda que, dos  
219 da América do Sul, o Brasil, apesar das dificuldades, possui o modelo mais avançado de  
220 regulação de oferta de cursos na área de saúde (maior número de critérios e mais claros e com  
221 maior interação entre os ministérios). Finalizando, agradeceu e se colocou à disposição para  
222 aprofundar o tema no debate. **Manifestações**. Conselheira **Lígia Bahia** manifestou satisfação  
223 com as medidas de aproximação entre MEC e MS e avaliou que o problema do país não é a  
224 falta absoluta de médicos, mas sim falta de profissionais de saúde. Salientou, por exemplo, que  
225 não falta médicos nos centros de excelência privados de saúde como o Sírio Libanês. Também  
226 discordou que a situação do Brasil é similar a de outros países, haja vista o alto grau de  
227 desigualdade do país em relação ao setor público e privado. Disse que é preciso debater a  
228 formação desejável para o país, priorizando o SUS e não o setor privado de saúde. Como  
229 encaminhamento, sugeriu a avaliação dos dados disponíveis com vistas à definição de uma  
230 proposta conjunta para a formação profissional no país. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**  
231 **Venâncio** avaliou que é preciso debater e dar resposta aos problemas de acesso nas regiões  
232 carentes das grandes cidades e não apenas nas regiões rurais. No seu modo de ver, deve-se  
233 abrir campus das universidades nas periferias das cidades como um mecanismo de fixação de  
234 profissionais nessas regiões. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** começou manifestando  
235 sua satisfação com a iniciativa do governo federal de debater a formação profissional, por

236 entender que é impossível debater o tema sem que o governo federal seja protagonista. Frisou  
237 que a formação profissional em saúde é um dos grandes gargalos estruturantes do SUS e não  
238 pode ser discutido à revelia de outros desafios do Sistema como modelo de atenção,  
239 financiamento, intersetorialidade, controle social, relação público/privado. Também apontou  
240 como equívoco centrar o debate na figura do médico e não na equipe multiprofissional, com  
241 definição de políticas de fixação de apenas alguns profissionais - médicos, enfermeiros e  
242 dentistas. Na sua visão, as saídas para os problemas do Sistema passa pela ampliação da  
243 formação de profissionais médicos, ampliação da residência multiprofissional em saúde,  
244 fixação de equipe multiprofissional e criação de carreira única pactuada com municípios e  
245 estados e do serviço civil. Nesse sentido, apresentou as seguintes propostas de  
246 encaminhamento: que o CNS defenda a formação de mais médicos no Brasil e a criação, de  
247 forma pactuada, da carreira da área da saúde e a definição do serviço civil, devendo esses dois  
248 temas ser pautados para debate no Conselho, assegurando a participação de parlamentares  
249 com propostas nesse sentido. Conselheiro **Renato de Jesus Padilha** fez referência ao  
250 primeiro encontro de pacientes renais e profissionais de saúde, realizado no dia 8 de março de  
251 2012, para destacar que um dos gargalos apontados no debate foi a falta de médicos  
252 nefrologistas no país. Desse modo, perguntou quantos médicos nefrologistas há na rede SUS,  
253 haja vista o aumento de casos de doentes renais no país. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**  
254 saudou a iniciativa de pautar o tema no CNS, mas manifestou preocupação com a exposição  
255 focada na figura do médico diante do consenso sobre a necessidade de trabalho de equipe  
256 multiprofissional e multidisciplinar no SUS. Também destacou que o país enfrenta déficit em  
257 relação a vários profissionais de saúde e citou, por exemplo, que faltam 330 mil nutricionistas  
258 para atender a demanda da população. Nessa linha, defendeu que o foco da formação seja na  
259 equipe multiprofissional e não apenas no profissional médico. Conselheiro **Alcides Silva de**  
260 **Miranda** informou que participara de debate no Congresso Nacional sobre fixação de médicos  
261 e, na oportunidade, apontou a importância de se lidar com a "expectativa da população".  
262 Salientou que as Políticas de Estado devem considerar expectativas de curto, médio e longo  
263 prazo em termos de investimentos e discutir as políticas de indução à atividade  
264 multiprofissional e ao trabalho multidisciplinar. Disse que, além de fatores de indução de  
265 fixação de profissionais, é preciso vencer a "captura" das corporações de especialistas sob a  
266 formação. Por fim, destacou que o Estudo de Demografia Médica, realizado recentemente,  
267 apontou que a disponibilidade de médicos no setor público é 2/1000 hab. e no setor privado é  
268 de 7/1000 hab. e essa questão deve ser considerada no debate. Conselheiro **Carlos Alberto**  
269 **Duarte** ressaltou que há consenso sobre a necessidade de modificar o paradigma do olhar sob  
270 a saúde, mas ainda não foi possível levar essa questão para a formação em saúde. Na sua  
271 avaliação, é preciso modificar o paradigma da formação profissional na base para, depois,  
272 mudar em nível universitário. Conselheiro **Josiano Macedo Lima** começou salientando que a  
273 saúde perpassa questões sociais e não é possível separar o debate da saúde do sistema  
274 político econômico do país. Reforçou a necessidade de garantir a fixação de equipe  
275 multiprofissional e de rever a estrutura político econômica do Estado para garantir a  
276 implementação do SUS equânime. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que é  
277 preciso debater como está organizado o processo de trabalho em saúde e a forma de atuação  
278 de cada uma das profissões. Também apontou como outro problema do país o peso das  
279 corporações na definição da formação dos profissionais de saúde e, nessa linha, perguntou  
280 qual o papel do Estado nessa relação para construir saídas. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**  
281 frisou que é necessária articulação com o MEC para colocar em prática o indicativo do Plano  
282 Nacional de Saúde do Trabalhador de abordagem sobre saúde no ensino secundário, com  
283 capacitação dos professores nesse sentido. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves**  
284 cumprimentou o MEC e o MS pelas iniciativas conjuntas e solicitou o envolvimento do MDS  
285 nesse trabalho. No seu modo de ver, faz-se necessário debater a mudança de paradigma da  
286 formação profissional em uma ação conjunta dos ministérios e do CNS. Conselheiro **Ronald**  
287 **Ferreira dos Santos**, primeiro, cumprimentou o Ministro da Saúde pela fala no lançamento do  
288 Portal do Acesso de Dados do MEC com posicionamento sobre a importância dos dados para  
289 todos os profissionais de saúde e não apenas para uma profissão específica. Também  
290 ressaltou a importância do financiamento para garantir a implementação das políticas, sendo  
291 este, na sua visão, o primeiro passo para o enfrentamento das polêmicas. Lembrou ainda os  
292 consensos de centralizar no cuidado da saúde e não da doença e focar na equipe  
293 multiprofissional e não apenas na figura do médico. No mais, pontuou que a escassez de  
294 recursos para remunerar dignamente o conjunto das profissões da saúde faz com que uma  
295 delas se sobressaia, no caso, a Medicina. Conselheiro **José Carrijo Brom** cumprimentou MS e

296 MEC pelos avanços no que diz respeito à formação profissional, mas indicou ser essencial  
297 debater a concepção e o papel do Estado nesse processo. Frisou que a formação profissional  
298 não pode estar à mercê do mercado e o Estado deve assumir o protagonismo nessa questão.  
299 Destacou que o tema já fora debatido exaustivamente e o momento é de integrar dados e  
300 levantamentos visando a regulação da formação profissional em saúde. Conselheiro  
301 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, primeiro, lembrou que no início de 2011 CNS  
302 e SGTES/MS realizaram seminário nacional sobre estratégias para formação, provimento e  
303 fixação de profissionais de saúde. Destacou que a atividade apontou a necessidade de formar  
304 o conjunto dos profissionais de saúde e não apenas uma categoria profissional e, além disso, a  
305 importância do conjunto de iniciativas do MS de indução para áreas vulneráveis contemplar  
306 áreas rurais e periferias das grandes cidades. Clarificou que não é intenção do Ministério  
307 simplificar o debate adotando o entendimento de que a formação de mais profissionais  
308 resolveria os problemas do Sistema, pois a solução demanda intervenções educativas e  
309 regulatórias, além de incentivo financeiro. Explicou que se optou por apresentar a experiência  
310 do Reino Unido porque o país, mesmo com mercado regulado pelo setor público e oferta de  
311 residência regulada, enfrenta problemas relativos à formação e ao acesso. No caso do Brasil,  
312 explicou que a parceria entre MEC e MS visa superar os problemas do SUS relativos à  
313 formação, à regulação do mercado e ao acesso. Disse que o mercado de trabalho é fator de  
314 impacto na formação e, no Brasil, influenciou por muito tempo o acesso a essa formação.  
315 Portanto, salientou que é preciso força política na regulação do mercado – maior regulação do  
316 público em relação ao privado, carreiras atrativas e públicas, além de outros mecanismos  
317 públicos de indução (FIES, por exemplo). Além disso, frisou que é preciso democratizar o  
318 acesso às instituições de ensino superior das várias profissões de saúde, a fim de não fragilizar  
319 a fixação de profissionais em áreas vulneráveis. Como encaminhamento, sugeriu uma  
320 avaliação política do conjunto das iniciativas de formação já definidas, com verificação do  
321 impacto (pautar no CNS com debate prévio na CIRH e na Mesa Diretora do CNS). Discordou  
322 dos dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o número de médicos do país,  
323 lembrando que, do total dos médicos cadastrados no CFM, 280 mil estão cadastrados no  
324 CNES do SUS. Também disse que a SGTES iniciou interlocução com o conjunto dos  
325 conselhos profissionais para levantar o número de profissionais de saúde disponíveis e o  
326 número necessário. **Retorno da mesa.** A Diretora de Regulação e Supervisão da Educação  
327 Superior da SERES/MEC, **Andréa de Farias Barros**, informou que, conforme o Censo 2010,  
328 o Brasil possui 345 cursos de nutrição, 39 mil vagas, 31 novos cursos em 2010-2012, com 6 mil  
329 novas vagas (Essa contagem é feita por local de oferta. Se essa contagem ocorrer por  
330 faculdade ou região, esse número diminui). Também destacou a interação cada vez maior e  
331 melhor dos Ministérios da Educação e Saúde e os avanços na formação de cidadão crítico. Por  
332 fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para outros debates. O Secretário da  
333 SGTES/MS, **Fernando Antônio Menezes da Silva**, destacou que há um movimento de quebra  
334 de paradigma que passa pelas seguintes questões: formação; mercado e avaliação. Também  
335 concordou que não se deve trabalhar a formação de forma linear, sendo necessário considerar  
336 a complexidade do Sistema. Por fim, colocou-se à disposição para continuar o debate desse e  
337 de outros temas. Conselheira **Lígia Bahia** colocou para apreciação do Plenário a seguinte  
338 proposta de encaminhamento: formar comissão para elaborar um documento sobre a  
339 necessidade de profissionais de saúde, diante dos vários cenários, composto pelos três  
340 segmentos do CNS e estudiosos do tema (sugestão: Sábado Girardi, da ABRASCO). Também  
341 manifestou discordância com a portaria que dispõe sobre vagas para profissionais de saúde,  
342 lembrando que não foi debatida no CNS. Salientou que o Conselho Nacional de Saúde deve  
343 ser protagonista no debate sobre formação e, para isso, é necessário apropriar-se da  
344 informação e definir encaminhamentos. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sugeriu compor  
345 um GT, ao invés de Comissão, com debate na CIRH sobre a composição e o produto esperado  
346 do Grupo. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou que fosse clarificado o objetivo do  
347 GT. Conselheira **Lígia Bahia** esclareceu que a sua proposta era compor um GT com o objetivo  
348 de elaborar projeção sobre o número de profissionais de saúde necessários para o país,  
349 considerando diversos cenários. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** colocou que o tema é  
350 parte do escopo da CIRH, portanto, integrantes da Comissão e a conselheira Lígia Bahia  
351 poderiam definiriam a finalidade e a composição do GT. Conselheiro **Marcos Antônio  
352 Gonçalves** sugeriu pautar a avaliação das iniciativas de formação já definidas, com debate  
353 prévio na CIRH e na Mesa Diretora do CNS, para definição de encaminhamentos. Conselheiro  
354 **Jorge Alves Venâncio** sugeriu que um dos cenários a serem considerados pelo GT seja  
355 “atendimento de qualidade ao usuário do SUS”. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu

que a CIRH e a conselheira Lígia Bahia delimitassem melhor a composição, a metodologia e o objetivo do GT para submeter à apreciação do Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** retomou o encaminhamento de pautar debate sobre carreira única da saúde no balanço do mês da reunião ordinária de julho, com convite a parlamentares com projetos a respeito do tema tramitando no Congresso Nacional (a Mesa Diretora definirá os convidados); e pautar debate sobre formação profissional na reunião ordinária de agosto, com convite a parlamentares com projetos a respeito do tema tramitando no Congresso Nacional. Também sugeriu que, entre os cenários a serem apreciados pelo GT, se considere projeção de número de profissionais necessários que compõem a equipe multiprofissional de saúde e carreira única da saúde a ser criada e pactuada com os demais entes federados. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que o GT defina uma agenda de temas para debate nos próximos meses. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, disse que hoje a questão central é avançar no marco regulatório da formação fundamentado em um bom diagnóstico. Nessa linha, destacou que o GT, com a participação da CIRH, poderia apresentar diagnóstico e minuta de resolução sobre regulamentação. Conselheira **Lígia Bahia** destacou que o GT pode incorporar as sugestões, mas discordou da proposição de avaliar propostas/políticas não aprovadas pelo CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** clarificou que a sua proposta era definir cronograma de debate de temas para os próximos meses, com base nas sugestões do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que o tema da carreira única foi indicado como pauta da próxima reunião do CNS e recuperou que a Lei nº. 8.142/90 indica ao CNS a composição de uma comissão intersetorial para debater formação e educação. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, encaminhando, lembrou o indicativo do CNS de pautar as deliberações da 14ª CNS e recordou que a carreira única é um desses temas. **Nesse sentido**, colocou em apreciação e foi aprovada a proposta de pautar debate sobre carreira única da saúde no balanço do mês da reunião ordinária de julho, com convite a parlamentares com projetos a respeito do tema tramitando no Congresso Nacional (a Mesa Diretora definirá os convidados). Em seguida, colocou em apreciação a proposta, que também foi aprovada, de formar um GT do CNS, com a participação de estudiosos (Sabado Girardi, da ABRASCO e Márcio Florentino, da SE/CNS), para elaborar projeção sobre o número de profissionais de saúde necessários para o país, considerando diversos cenários. Conselheira Lígia Bahia redigirá um documento base e posteriormente encaminhará aos membros do GT para debate. Também foi aprovada, por consenso, a proposta de pautar debate sobre formação profissional na reunião ordinária de agosto, com convite a parlamentares com projetos a respeito do tema tramitando no Congresso Nacional.

**ITEM 3 – LANÇAMENTO DO RELATÓRIO FINAL DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

- Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, na condição de Presidente do CNS, fez o lançamento oficial do Relatório Final da 14ª CNS, agradecendo a todos que contribuíram para realização Conferência e a relatoria pela elaboração do documento. Disse que a intenção é que o documento sirva de subsídio para o processo de construção do SUS. Após esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, a mesa foi composta para o debate do item 4 da pauta.

**ITEM 4 – LANÇAMENTO DA CONVOCATÓRIA DAS EXPERIÊNCIAS PARA O 2º LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA ELABORAÇÃO E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

- Composição da mesa: **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS; e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lançou o edital de abertura e regulamento para inscrições de experiências para segunda edição do Laboratório de Inovação sobre Participação e Controle Social na Elaboração e Monitoramento das Políticas, Ações e Serviços de Saúde, uma parceria do CNS com a OPAS/OMS. A estratégia do Laboratório é identificar e valorizar práticas participativas e deliberativas inovadoras, produzindo subsídios para conselheiros de saúde e gestor no processo de participação social no SUS. Explicou que o GT instituído pelo CNS especificamente para a condução dos trabalhos do Laboratório, em parceria com a OPAS, CONASS e CONASEMS, coordenará a seleção dos trabalhos e poderá constituir subgrupos de trabalho pertinentes à progressão das etapas desse processo. Disse que serão admitidas para análise e seleção experiências inscritas por entidades nacionais e também por entidades de países da América Latina e Caribe, sendo tratadas em dois agrupamentos distintos, um para as experiências nacionais e outro para as experiências internacionais. Ressaltou que, após o lançamento, o prazo para inscrição é de 30 dias para as experiências nacionais e de 40 dias para as experiências internacionais. Acrescentou que a divulgação será realizada por meios físicos e eletrônicos que permitam ampla divulgação nacional e na região da América Latina e

Caribe das normas e do processo convocatório. Detalhou que as experiências nacionais e internacionais selecionadas pelo GT Inovação seriam apresentadas em seminário a ser realizado em Brasília, sob a responsabilidade do CNS e da OPAS Brasil. Além disso, informou que serão contemplados dois eixos de participação, a saber: Eixo I - Implementação das deliberações das Conferências de Saúde - para inscrição das experiências práticas onde os conselhos de saúde tenham desenvolvido processos e/ou ferramentas para a inclusão das decisões das conferências nos planos de saúde e o progressivo monitoramento de sua implementação pelo gestor ao longo do tempo; e Eixo II – Controle Social: acesso, qualidade, intersetorialidade, financiamento, tecnologia de informação e comunicação na elaboração e monitoramento das políticas, ações e serviços de saúde - para inscrição de experiências práticas onde os conselhos de saúde ou organizações não governamentais de controle social tenham desenvolvido processos e/ou ferramentas para acompanhar a implementação local das políticas de serviços de saúde em relação a: melhoria e ampliação do acesso, melhoria da qualidade da atenção, envolvimento de outros setores (intersetorialidade), programação e execução de recursos financeiros, gestão do conhecimento e da informação e comunicação e integração entre os serviços. Explicou que poderão se inscrever para participar do processo seletivo do Laboratório de Inovação experiências de caráter inovador, que tenham produzidos resultados práticos, já finalizados ou em curso. Poderão concorrer conselhos de saúde, órgãos e instituições da administração direta e organizações do terceiro setor que tenham desenvolvido estratégias inovadoras de participação e controle social na elaboração e monitoramento das políticas, ações e serviços de Saúde – assim como as organizações e instituições internacionais de perfil correspondente ao exigido para os concorrentes nacionais. Disse que a experiência deverá ser descrita conforme roteiro definido, não ultrapassando três laudas (90 linhas) e enviada para o e-mail: [laboratorio.cns@gmail.com](mailto:laboratorio.cns@gmail.com). No que diz respeito à seleção e divulgação das experiências, explicou que o processo seletivo será constituído das seguintes etapas: 1) Triagem das experiências inscritas pelo GT Inovação: a) recebimento e leitura preliminar da experiência; b) análise da observância dos critérios de elegibilidade em consonância com as condições definidas no regulamento, para inscrição da experiência; e c) confirmação ou realocação, quando pertinente, da experiência nos eixos e temas definidos no regulamento, 2) A seleção das melhores experiências, por eixos e temas, será coordenada pelo Grupo de Trabalho Inovação, composto por pessoas de reputação ilibada, no mínimo, três membros, com reconhecido saber na área temática; 3) A seleção das experiências nacionais e internacionais se dará de forma independente, cada qual com seus pares em seu respectivo grupo; 4) As experiências serão selecionadas por meio de pontuação - na escala de 0 a 5 - para cada um dos critérios apresentados a seguir, totalizando a pontuação máxima de 35 pontos: a) relevância, b) caráter inovador, c) sustentabilidade, d) reproduzibilidade em contextos similares, e) clareza e objetividade na apresentação escrita, f) alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS e g) resultados. Por fim, disse que as datas definidas no regulamento poderiam ser alteradas, desde que amplamente divulgadas em tempo hábil.

**ITEM 5 – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE – RESOLUÇÃO DO GT**

- Apresentação: Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, do GT. Coordenação: Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS. Após resgatar o processo de construção, Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura da proposta de resolução, elaborada pelo GT, que dispõe sobre acompanhamento e monitoramento das conferências de saúde. O texto é o seguinte: “considerando a necessidade de estabelecer sistemática, rotina e procedimentos que visem e viabilizem o contínuo monitoramento, por parte do Conselho Nacional de Saúde, acerca da efetivação das deliberações aprovadas nas Conferências de Saúde realizadas em todas as instâncias federativas: 1) Que todas as Comissões permanentes do CNS devem definir assuntos, pautas e agendas correlatas, referendadas na seleção de deliberações afins ao escopo de atuação de cada uma; 2) Que, até a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, as Comissões permanentes do CNS devem preparar, definir e divulgar programações anuais de pautas que tratem da análise e monitoramento das deliberações selecionadas, de acordo com o item anterior; 3) Que as Comissões Permanentes preparem e apresentem anualmente ao Plenário do CNS, relatório circunstanciado com descrição do monitoramento e análise de situação das deliberações previamente selecionadas; Que, a partir do segundo semestre de 2012, a Mesa Diretora prepare e defina uma programação anual, com pautas em todas as reuniões ordinárias, para a apresentação e discussão dos relatórios referidos no item anterior; Que, ao final de cada ano, a Mesa Diretora programe uma pauta de balanço geral sobre o monitoramento, análise e discussão sobre a efetivação das deliberações da Conferência Nacional de Saúde. Além das

476 deliberações descritas acima, a Mesa Diretora do CNS recomenda aos Conselhos Estaduais e  
477 Municipais de Saúde que também definam, estabeleçam e adotem sistemáticas, rotinas e  
478 procedimentos correspondentes, com o propósito de monitoramento e análise acerca da  
479 efetivação das deliberações das respectivas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.”  
480 **Manifestações.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** sugeriu a seguinte modificação no  
481 texto do item 3 da resolução: “Que a Mesa Diretora prepare e *submeta à apreciação* do  
482 Plenário do CNS uma programação anual, com pautas em todas as reuniões ordinárias, para a  
483 apresentação e discussão dos relatórios referidos no item anterior”. Além disso, propôs que a  
484 Mesa Diretora do CNS faça um apanhado das deliberações do Plenário para avaliação e  
485 apresentação ao CNS. Conselheira **Lígia Bahia** sugeriu que a resolução conte com processo  
486 permanente de avaliação das deliberações de caráter geral, ou seja, que trate de princípios.  
487 Não houve manifestações contrárias às propostas. **Deliberação: acordou-se que o**  
488 **conselheiro Alcides Silva de Miranda reformularia o texto da resolução, de acordo com**  
489 **as sugestões e reapresentaria no dia seguinte.** Antes de encerrar, conselheiro **Ronald**  
490 **Ferreira dos Santos** fez um informe sobre o movimento saúde +10, com destaque para os  
491 seguintes aspectos: adesão oficial da CNBB ao movimento; reunião com profissionais de  
492 comunicação das entidades, no dia 4 de julho, para trabalhar o processo de comunicação do  
493 movimento; a participação dos CESs ainda é frágil, o que aponta a necessidade de apoio;  
494 avanços no processo de coleta de assinaturas com destaque para MG e SC; sugestão às  
495 entidades que busquem personalidade para divulgar o movimento; e o site está em processo  
496 de conclusão e espera-se que esteja no ar na próxima semana. Como encaminhamento,  
497 solicitou a indicação, pelo CNS, de um profissional para secretariar o movimento, haja vista o  
498 número de atividades. No mais, salientou que é preciso defender e divulgar o movimento, com  
499 a participação ativa do CNS. **Deliberação: aprovada a solicitação de indicação, pelo CNS,**  
500 **de um profissional para secretariar o movimento.** Após, Conselheira **Ruth Ribeiro**  
501 **Bittencourt** informou que se reuniria com a Conselheira **Lígia Bahia** e o Conselheiro  
502 **Fernando Antônio Menezes da Silva** para iniciar as conversas do GT constituído para  
503 elaborar as projeções sobre o número de profissionais de saúde necessários para o país.  
504 Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os  
505 seguintes conselheiros: **Titulares - Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de  
506 Saúde (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Carlos**  
507 **Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Fernando Luiz Eliotério**,  
508 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**,  
509 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos  
510 Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação  
511 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central  
512 Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos  
513 Odontologistas (FIO); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde  
514 Coletiva (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanóce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-  
515 NAP); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Ruth Ribeiro**  
516 **Bittencourt**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**,  
517 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). **Suplentes – Alexandre Frederico de Marca**,  
518 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Maria Rodrigues da**  
519 **Silva**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); **André Luiz de Oliveira**, Conferência  
520 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social  
521 e Saúde da População Negra; **Bruno Metre Fernandes**, Federação Nacional dos  
522 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Luiz Saunier de**  
523 **Albuquerque**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Eurídice Ferreira de Almeida**,  
524 FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernando Antônio M.**  
525 **Silva**, Ministério da Saúde; **Francisco Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de  
526 Enfermagem (ABEn); **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e  
527 Pensionistas (COBAP); **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia  
528 (CFO); **Jeferson Seidler**, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); **Josiano Macedo Lima**,  
529 Central de Movimentos Populares; **Júlia Maria S. Roland**, Ministério da Saúde (MS); **Liorcino**  
530 **Mendes Pereira Filho**, Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros – ABGLT;  
531 **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de  
532 Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos  
533 Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas  
534 (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia (CFBio); **Oriana Bezerra**  
535 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Renato de Jesus Padilha**,

536 Associação Pró-Renais Crônicos (APREC-BRASIL); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação  
537 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde  
538 Nacional; e **Tania Maria Onzi Pietrobelli**, Federação Brasileira de Hemofilia. Iniciando o  
539 segundo dia de reunião, o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, abriu a palavra  
540 para informes. **INFORME SOBRE A AUDIÊNCIA PÚBLICA DO MPF, EM PORTO ALEGRE,**  
541 **SOBRE A POLÍTICA INTEGRAL DE GENÉTICA CLÍNICA E SOLICITAÇÃO DE PAUTA**  
542 **PARA TRATAR DESSA POLÍTICA** – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou o Pleno  
543 sobre a sua participação em audiência pública do MPF de Porto Alegre que debateu a política  
544 nacional de atenção integral à genética clínica, que foi lançada em 2009 e não efetivada. Disse  
545 que a dúvida se refere à instituição de GT do MS, para tratar de doenças raras, que está ligado  
546 à genética clínica, para reavaliar a política que nem mesmo foi colocada em prática. Salientou  
547 que o CNS deveria debater o assunto considerando, inclusive, a questão da assistência  
548 farmacêutica que perpassa o tema. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**,  
549 sugeriu pautar debate sobre a CONEP/CNS na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS e,  
550 na oportunidade, tratar da questão levantada pelo conselheiro. **Encaminhamento: enviar a**  
551 **demandas de pauta à Mesa Diretora do CNS.** **CONGRESSO DA ABRASCO** - Conselheira  
552 **Lígia Bahia** informou que o Congresso da ABRASCO será realizado de 14 a 18 de novembro  
553 de 2012, em Porto Alegre/RS e o prazo para inscrição de trabalhos foi prorrogado. Também  
554 disse que estão sendo realizados seminários pré-congresso e o próximo ocorrerá no dia 28 de  
555 junho, em São Paulo. Também informou que foi instada a devolver R\$ 141 mil, recurso  
556 repassado para realização de pesquisa sobre saúde suplementar, por meio de convênio da  
557 ANS com o CNPq. Disse que o caso está em debate e aguarda manifestação da ANS sobre o  
558 assunto (o prazo para manifestação da Agência expirou). Falou da sua preocupação com esse  
559 processo e aproveitou para agradecer o apoio do MS e do CNS dispensado a ela. Conselheiro  
560 **André Luiz de Oliveira**, entendendo a necessidade de definir estratégias para facilitar a coleta  
561 de assinaturas do Movimento Saúde + 10, sugeriu incluir a logomarca do movimento no  
562 formulário e disponibilizá-lo no site do CNS. Também manifestou preocupação com a  
563 possibilidade de subestimativa de dados sobre a incidência de tromboembolismo no Brasil e  
564 propôs pautar esse tema no CNS, com convite à área técnica. **Deliberação: encaminhar à**  
565 **Mesa Diretora do CNS a solicitação de pauta para tratar da incidência de casos de**  
566 **tromboembolismo no Brasil.** Com a chegada dos convidados para o item 6 da pauta, a mesa  
567 suspendeu os informes. **ITEM 6 – NOVAS OCUPAÇÕES EM SAÚDE - GRADUAÇÃO EM**  
568 **SAÚDE COLETIVA - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – ELEIÇÃO**  
569 **DA COORDENAÇÃO** - Apresentação: **Ricardo Ceccim**, Coordenador do Fórum dos Cursos  
570 de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO; e **Antônio José da Costa Cardoso**,  
571 professor da Universidade de Brasília – UnB. Coordenação: Conselheiro **Alcides Silva de**  
572 **Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** iniciou explicando  
573 que, ao longo das últimas décadas, a conformação do campo de atuação do trabalho  
574 profissional em saúde passou por várias modificações, com surgimento de novas ocupações  
575 profissionais instituídas, muitas vezes, por tensões corporativas e novos arranjos de  
576 perspectiva de atuação. Também destacou que o tema das inovações em termos de  
577 ocupações profissionais surgiu de forma expressiva na 14ª Conferência Nacional de Saúde.  
578 Em consonância com esse cenário, disse que a Mesa Diretora do CNS decidiu iniciar uma  
579 série de debates sobre novas ocupações em saúde, começando por uma ocupação não tão  
580 recente uma vez que a saúde coletiva já existe desde o século XIX. Explicou que a inovação  
581 diz respeito a cursos de graduação em saúde coletiva e não apenas na modalidade de pós-  
582 graduação. Feitas essas considerações, registrou a presença de representantes do Fórum de  
583 Estudantes de Saúde Coletiva e do Centro Acadêmico do Curso de Saúde Coletiva da UnB e  
584 abriu a palavra aos convidados. O primeiro a expor sobre o tema foi o Coordenador do Fórum  
585 dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, **Ricardo Ceccim**, que falou em  
586 nome da ABRASCO, Associação que representa a pós-graduação e a graduação em saúde  
587 coletiva. Começou explicando que, entre as grandes áreas de conhecimento, encontra-se a  
588 saúde, que possui subdivisões em áreas com terminalidade em uma graduação, exceto a  
589 saúde coletiva. Detalhou que a área de saúde coletiva possui três divisões – epidemiologia,  
590 saúde pública e preventiva e social – com produção intelectual expressiva no país. Ainda sobre  
591 os antecedentes, disse que há unidades acadêmicas específicas de Saúde Coletiva: Faculdade  
592 de Saúde Pública/USP (1922); Instituto de Medicina Social/UERJ (1969); Instituto de Saúde  
593 Coletiva/UFMT (1992); Instituto de Saúde Coletiva/UFBA (1995); e Instituto de Estudos em  
594 Saúde Coletiva/UFRJ (2006). Explicou que a saúde coletiva possui os seguintes níveis de  
595 formação: 1) Educação profissional - Nível Médio: Técnico em Vigilância da Saúde (Proformar,

596 de 2002), Técnico em Agente de Combate à Endemias (Lei de criação da profissão, 2002); 2)  
597 Educação pós-graduada – Lato Sensu: Especializações em Saúde Coletiva, Residência  
598 Médica em Medicina Preventiva e Social e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva; e  
599 3) Educação pós-graduada – Stricto Sensu: Mestrado em Saúde Coletiva, Mestrado  
600 Profissional em Saúde Coletiva e Doutorado em Saúde Coletiva. Sendo assim, a saúde  
601 coletiva não estava presente apenas no âmbito do bacharelado, com uma área de formação já  
602 reconhecida no cenário brasileiro. Explicou que o primeiro curso de graduação em Saúde  
603 Coletiva “Administração de Sistemas e Serviços de Saúde” foi criado pela parceria ESP/RS e  
604 UERGS, em 2001, com a primeira turma iniciada em 2002 e formada em 2005. Disse que no  
605 primeiro vestibular o curso teve 54 candidatos por vagas e segue como o curso mais procurado  
606 nessa instituição de ensino. Detalhou que as subáreas da Saúde Coletiva (especialidades da  
607 saúde coletiva) são: 1) Como área de conhecimento em ciências da saúde: epidemiologia  
608 preventiva e social e saúde pública; e 2) Como área de estudos disciplinares: política,  
609 planejamento e gestão (congressos científicos), epidemiologia (congressos científicos),  
610 ciências sociais e humanas em saúde (congressos científicos), vigilância em saúde (simpósios  
611 brasileiros) e áreas de formação e atuação (especializações e ocupações): saúde preventiva e  
612 social, epidemiologia, saúde pública, vigilâncias no campo da saúde (...) e subdomínios.  
613 Salientou que a área possui uma quantidade expressiva de pesquisadores a ponto de justificar  
614 a realização de congressos brasileiros, com expressiva participação. Falou sobre campo e  
615 núcleo do exercício profissional da saúde, explicando que o primeiro contempla as  
616 competências e habilidades gerais e o segundo as competências e habilidades específicas.  
617 Acrescentou que competências e habilidades devem contemplar campo e núcleo do exercício  
618 profissional na área da saúde. Explicou que o Núcleo da Saúde Coletiva - Graduação em  
619 Saúde Coletiva - possui as seguintes linhas de formação: planejamento, gestão e avaliação em  
620 Saúde, educação, promoção e vigilância da saúde, saúde ambiental, saúde e desenvolvimento,  
621 políticas saudáveis e ciência, inovação, gestão de investimentos e parque tecnológico em  
622 saúde. Acrescentou que a saúde coletiva é uma área interdisciplinar, no campo da saúde, e  
623 compartilha com todas as profissões. Em síntese, definiu que a profissão em Saúde Coletiva é  
624 a profissão da análise de realidades sanitárias, de políticas em saúde e de sistemas de saúde,  
625 com atuação interprofissional na atenção integral à saúde e na epidemiologia, com práticas  
626 coletivas e sociais de participação e engajamento sociopolítico ou de educação popular e com  
627 exercício na gestão e avaliação, na condução de programas e ações de promoção e vigilância,  
628 na implementação da informação e comunicação, na execução da pesquisa e no ensino da  
629 saúde coletiva. Disse que hoje são 18 cursos de bacharelados presenciais em Saúde Coletiva,  
630 com destaque para as três universidades mais antigas do país (UFBA, UFRJ, USP) que  
631 passaram a ofertar, ao mesmo tempo, essa graduação. Esclareceu que a maioria dos cursos  
632 de graduação em saúde coletiva é oferecida no período noturno e a carga horária mínima é de  
633 3200 horas. Destacou o crescimento na abertura de cursos de graduação em saúde coletiva e  
634 na procura no vestibular (2009 a 2012) e o aumento do percentual de vagas/número de  
635 candidatos (2009: 2,4 candidatos/vaga; 2010: 4,8 candidatos/vaga; 2011: 6,9 candidatos/vaga;  
636 2012: 7,5 candidatos/vaga). Disse que a estimativa atual é de 4209 alunos em saúde coletiva  
637 no Brasil e se observa crescimento da oferta de vagas de empregos e concursos. Esclareceu  
638 que a Classificação Brasileira de Ocupações identifica a área de pesquisador em saúde  
639 coletiva (2033-20), delimitando como saúde coletiva: saúde pública, medicina social, higiene,  
640 enfermagem, epidemiologia, educação física, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia,  
641 nutrição. Segundo a CBO, as tarefas do profissional de saúde coletiva seriam, entre outras:  
642 diagnosticar necessidades sanitárias; treinar equipe de pesquisa e profissionais da área de  
643 saúde; orientar políticas públicas na área da saúde; orientar ações de saúde voltadas para  
644 políticas públicas; realizar diagnósticos e vistorias na área de saúde; produzir material  
645 educativo; avaliar tecnologia aplicada à área; e prestar assistência comunitária. Além disso,  
646 explicou que o Guia do Estudante Abril – Área da Saúde/2011 enumera a área de Saúde  
647 Coletiva – Bacharelado - como indicação aos alunos que buscam uma graduação a cursar. Nos  
648 termos do Guia, saúde coletiva contempla técnicas e conhecimentos usados para intervir nos  
649 problemas e situações relacionados à saúde da população em geral ou de determinado grupo,  
650 com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O bacharel em  
651 Saúde Coletiva dirige, planeja, administra e supervisiona as políticas sociais de saúde de  
652 órgãos públicos ou privados. Também pesquisa e propõe ações para controlar os malefícios  
653 causados por fatores ambientais, como a água imprópria ao uso e a poluição do ar e realiza  
654 auditorias, pesquisas e avalia as práticas realizadas nos serviços e unidades de saúde,  
655 podendo atuar ainda em educação em saúde, vigilância sanitária e no terceiro setor. Destacou

também os Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde/Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS), que, entre as 656 ocupações, identifica a saúde coletiva. Além disso, a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de 657 outubro de 2011, relativa à Política Nacional de Atenção Básica/Núcleos de Apoio à Saúde da 658 Família também aponta a saúde coletiva nos Núcleos de Apoio. Citou bibliografia específica 659 sobre o tema: 1) PAIM. Jairnilson de Souza. BOSI. Maria Lucia Magalhães. Graduação em 660 Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 661 25(2):236-237, fev., 2009; 2) TEIXEIRA. Carmen Fontes. Graduação em Saúde Coletiva: 662 antecipando a formação do Sanitarista. Interface. Comunic., Saúde, Educ., v7, n13, p.163-6, 663 ago. 2003; 3) PAIM. Jairnilson de Souza. O objeto e a Prática da Saúde Coletiva: o campo 664 demanda um novo profissional? Interface. Comunic., Saúde, Educ., v7, n13, p.167-70, ago. 665 2003; 4) CECCIM. Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e 666 a novidade da graduação em saúde coletiva. Bol. Da Saúde, v. 16, n.1, 2002]; e 5) ELIAS. 667 Paulo Eduardo. Graduação em Saúde Coletiva: notas para reflexões. Interface – Comunic., 668 Saúde, Educ., v7, n13, p.167-70, ago. 2003. Também fez a leitura da carta do então Presidente 669 da Câmara de Educação Superior – CNE, Paulo M. V. B. Barone, ao CNS, com o seguinte teor: 670 “Ao Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 21 de maio de 2012. Prezados companheiros: 671 Dirijo-me com grande satisfação ao Conselho Nacional de Saúde para fazer referência aos 672 cursos de Bacharelado em Saúde Coletiva, implantados no país nos últimos anos. Nos anos de 673 2009 e 2010, na qualidade de Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho 674 Nacional de Educação, tive a oportunidade de participar dos primeiros encontros nacionais de 675 articulação dos proponentes destes cursos, compartilhando ideias sobre esta nova área de 676 formação no nível de graduação, desenvolvida a partir de uma longa tradição de atuação de 677 profissionais nos serviços de saúde e de pesquisadores nos cursos de pós-graduação. Os 678 possíveis perfis dos cursos, as dificuldades para a sua criação com qualidade, a interação com 679 outros setores acadêmicos, a afirmação da formação neste campo de conhecimentos e as 680 relações com o exercício profissional foram temas debatidos desde então. Continuo 681 acompanhando e interagindo com a comunidade acadêmica da área por meio da lista de 682 discussão eletrônica que desempenha um papel importante para o intercâmbio de experiências 683 e a continuidade da discussão. Neste momento, em que muitos cursos de Bacharelado em 684 Saúde Coletiva foram implantados em diversas Universidades brasileiras, as primeiras turmas 685 estão sendo formadas e os egressos estão sendo absorvidos pelo Sistema Único de Saúde, já 686 é possível fazer um primeiro balanço. A sistematização das diversas experiências poderá ser 687 ponto de partida para organizar Referenciais Curriculares para orientar os cursos, reforçar a 688 sua identidade e a sua legitimidade e fundamentar os primeiros processos de avaliação. Tendo 689 participado da criação de Referenciais similares para os cursos de Bacharelado 690 interdisciplinares, também implantados nos últimos anos, reconheço o desenvolvimento deste 691 trabalho para os cursos de Bacharelado em Saúde Coletiva, contando com a interlocução do 692 Conselho Nacional de Educação. Desejando que o trabalho do Conselho Nacional de Saúde 693 continue a contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, fico à disposição para o 694 que estiver ao meu alcance. Atenciosamente, Paulo M. V. B. Barone. Conselheiro, Câmara de 695 Educação Superior – CNE”. Destacou ainda que a Universidade Federal do Acre formará a sua 696 primeira turma no mês de julho e a prefeitura de Rio Branco criou o cargo de bacharel em 697 Saúde Coletiva na Secretaria Municipal de Saúde e realizou o concurso para contratação de 698 profissionais da área. Salientou que a totalidade dos alunos da Universidade foram aprovados 699 e a expectativa é de convocação no próximo semestre. Também a Universidade Federal do 700 Paraná instituiu o curso e a Secretaria Municipal de Matinhos criou o cargo de sanitarista e a 701 expectativa é de realização de concurso público. Por fim, registrou que vários países da Europa 702 e o Caribe possuem cursos de graduação em saúde coletiva e citou a experiência da 703 universidade americana Saint Louis University que oferece duas graduações na área: ciência 704 da saúde pública e gestão em saúde. A seguir, o professor do Departamento de Saúde 705 Coletiva da UnB, **Antônio José da Costa Cardoso**, apresentou a experiência do curso de 706 Gestão em Saúde Coletiva – Noturno, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, publicada 707 na Revista da Universidade “Tempus Actas de Saúde Coletiva”. Começou colocando a tese 708 que, em expansão em todo país desde 2008, a criação dos Bacharelados em Saúde Coletiva é 709 produto do amadurecimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil e um passo a mais, 710 inovador, para a consolidação do SUS em um contexto de expansão e “complexificação” do 711 Sistema. Disse que hoje são 18 cursos de graduação em saúde coletiva e o primeiro foi o da 712 Universidade do Acre com a primeira turma formada no final do primeiro semestre de 2012. 713 Explicou que o objetivo da sua apresentação era apresentar o Projeto Político-Pedagógico 714 715

(PPP) do curso de Gestão em Saúde Coletiva – Noturno, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e analisar sua implantação a partir de 2010 segundo os três eixos do Pró-Saúde (Orientação Teórica, Orientação Pedagógica e Cenários de Prática). Contextualizando, disse que o contexto de implantação dos cursos é de descompasso entre a formação universitária profissional e as necessidades de saúde da população e do SUS caracterizado por: foco nos determinantes biológicos, na doença e no hospital; excessiva fragmentação disciplinar; superespecialização precoce; e desintegração entre ensino básico e profissionalizante. Disse que esse contexto inclui ainda demanda enorme por profissionais com formação específica para apoiar os processos de expansão e profissionalização da gestão do SUS. Para responder a esse demanda, explicou que foram realizadas capacitação de gestores por meio de “programas de formação de gestores para o SUS” (Extensão e Especialização/Mestrado Profissionalizante), formação de pós-graduados em Saúde Coletiva, mais especialmente na área de Gestão em Saúde (Residência, Mestrado e Doutorado) e formação de Bacharéis em Saúde Coletiva, mais especialmente de gestores para o SUS. Esclareceu que no contexto do Pró-Saúde e com o apoio do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a Universidade de Brasília criou novos *campi*, entre os quais o da Ceilândia, reestrurou espaços, contratou profissionais e criou cursos noturnos, inclusive o de Gestão em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências da Saúde (FS). Destacou que a UnB possui dois cursos, um iniciado em 2008 e outro iniciado em 2010, mas na sua exposição se focaria no último. No que diz respeito à orientação teórica, explicou que a Saúde Coletiva pode ser compreendida como um campo complexo de produção e utilização de conhecimentos sobre a problemática da saúde-doença-cuidado, tradução da luta política pelo direito à saúde (Movimento Sanitário), que se desdobra em processos de desenvolvimento tecnológico e inovação no âmbito de práticas sociais de promoção e proteção da saúde e de prevenção de riscos e agravos. Disse que o PPP do curso de Gestão em Saúde Coletiva – Noturno foi construído coletivamente pelos professores do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) entre 2008 e 2009, com carga de 3225 horas (215 créditos) e prevê uma duração mínima de oito semestres e máxima de doze. Ressaltou que, na medida em que ainda não foram aprovadas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Saúde Coletiva, a construção do perfil dos egressos permitiu delinear os contornos do futuro profissional e apreendê-lo em uma visão de conjunto. Frisou que a função dos cursos é formar sanitaristas com competências para participar ativamente da formulação e implementação de políticas públicas saudáveis de caráter intersetorial (dar respostas a *problemas complexos*), mobilizado pelas condições de vida da população e pela “determinação social da saúde-doença-cuidado”, ou seja, particularmente mobilizados pelas necessidades do SUS. Acrescentou que a expectativa é de que esses novos “operadores transdisciplinares” da Saúde Coletiva sejam sujeitos mutantes prontos para o trânsito interdisciplinar, transversais, capazes de transpassar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de saber. Portanto, aptos a operacionalizar saberes e práticas da Saúde Coletiva, atuando em diversos níveis da atenção, gestão e vigilância em saúde, de modo a organizar os processos de trabalho em saúde e a implementação de políticas de saúde, fortalecer a gestão participativa e garantir a integralidade da atenção. Detalhou que as linhas de formação do curso são: Epidemiologia, Ambiente e Trabalho; Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde; Saúde, Cultura e Cidadania; Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e Docência para a formação e desenvolvimento em educação em saúde. Acrescentou que duas perspectivas teóricas embasam a orientação pedagógica do curso da UnB: currículo como construção sócio-histórica; e perspectiva referente aos conteúdos e as relações professor-aluno e entre as disciplinas a serem transmitidas, mas também o modo como se dá essa transmissão (currículos do tipo integrado). Disse que, orientada pelo referido marco teórico, a organização curricular enfatizou a articulação dos conteúdos em grau crescente de complexidade por meio de estratégias de integração curricular (horizontal e vertical) e metodologias ativas de aprendizagem. Destacou que o esforço tem sido no sentido de construir matriz disciplinar e identificar estratégias para integrar as várias disciplinas em cada semestre, bem como integrar os vários semestres que compõem o curso. Na linha da integração vertical, detalhou que foram construídos quatro grandes corredores disciplinares por tronco de conhecimentos: Epidemiologia, Ambiente e Trabalho; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Saúde, Cultura e Cidadania; e Bioética. Disse que o curso foi organizado em Unidades que orientam a organização curricular (teoria e prática) e articulam os eixos curriculares. Com base na Aprendizagem Baseada em Problemas e Projetos (ABPP), disse que cada unidade é definida por uma missão: desenvolver um projeto de pesquisa/intervenção e executá-lo. As disciplinas Seminários Integradores em Saúde Coletiva (SISC), Práticas

776 Integradas de Saúde (PISC) e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) funcionam como eixos  
777 curriculares. Acrescentou que, trabalhando com pequenos grupos de forma tutorial, SISC,  
778 PISC e TCC também favorecem uma integração horizontal, uma vez que são compartilhados  
779 temas geradores e instrumentos de avaliação e que participam como tutores de SISC/PISC os  
780 professores de cada Unidade. Explicou que os cenários de prática seguem a lógica do  
781 processo de produção em saúde, com grande esforço no sentido da diversificação dos  
782 cenários de prática, utilizando enfoque epidemiológico e sócio histórico do processo saúde-  
783 doença-cuidado e, portanto, centrado nas necessidades de saúde da população de referência.  
784 Destacou que as atividades práticas estão concentradas na Regional de Saúde do Paranoá,  
785 mas o GDF abriu a possibilidade da área de prática corresponder ao conjunto do SUS DF.  
786 Disse que, de base local e ao interior do SUS do Distrito Federal, a construção do Sistema  
787 Saúde-Escola pelos cursos da área da saúde da UnB articula, com o apoio do Pró-Saúde, a  
788 formação profissional com as necessidades de saúde da população. Destacou que o desafio  
789 da práxis é articular, para 2013, os campos de Estágio Supervisionado: Vigilância em Saúde,  
790 Ambiente e Trabalho; Promoção da Saúde e Qualidade de Vida; Informação e Comunicação  
791 em Saúde; e Gestão de Redes de Cuidados em Saúde. Detalhou que são áreas de atuação do  
792 Bacharel em Saúde Coletiva: participar da formulação, acompanhamento e avaliação de  
793 políticas de interesse da saúde; desenvolver planejamento, gestão e avaliação em saúde;  
794 gerenciar processos de análise de situação de saúde; participar, como membro da equipe de  
795 saúde, das ações de vigilância em saúde, ambiente e trabalho; participar das ações  
796 multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais de construção e proteção da vida; e atuar  
797 em compromisso com a ciência, tecnologia e inovação como direito à saúde e qualidade de  
798 vida. Disse que nesses dois anos e meio de implantação são oferecidas 40 vagas semestrais  
799 e, ao longo desse, período foram 11 vagas (5,5%) remanescentes do ingresso primário.  
800 Explicou que a taxa de evasão foi de 16%, estando matriculados 159 alunos dos 189 que  
801 iniciaram o curso. Em síntese, apresentou os seguintes dados da implantação do curso: 41  
802 vagas ociosas acumuladas (20,5% das vagas ofertadas): 11 corresponderam a vagas  
803 remanescentes do ingresso primário: vestibular, PAS, ENEM e 30 (15%) foram geradas por  
804 desligamentos; a taxa de permanência acumulada é de 84,1% (e a taxa de evasão, de 15,9%);  
805 e percentual de reprovação em disciplina 17%. Destacou que o curso ainda estava em suas  
806 primeiras coortes e a área de Saúde Coletiva é nova na graduação. Acrescentou ao quadro os  
807 seguintes dados: concorrência no vestibular tem sido baixa; insegurança quanto às  
808 perspectivas profissionais; disciplinas novas e em construção; material de apoio didático ainda  
809 inadequado; professores dedicados, mas com sobrecarga (8 alunos por professor com a  
810 tendência de dobrar). Salientou que o PPP do curso foi construído na perspectiva de uma  
811 formação sintonizada com a realidade social e as necessidades do SUS, orientado pelos  
812 princípios da transdisciplinaridade, da articulação entre teoria e prática e da indissociabilidade  
813 entre ensino, pesquisa e extensão. Finalizando, apresentou as demandas/desafios dos cursos:  
814 viabilização dos campos de prática e estágio curricular (noturno); criação das Diretrizes  
815 Curriculares Nacionais (DCN); reconhecimento dos cursos pelo CNE; previsão da carreira de  
816 sanitarista – Bacharel em Saúde Coletiva - nos PCVs dos órgãos componentes do SUS. Disse  
817 que essa análise foi publicada na Revista Tempus e está disponível no endereço eletrônico  
818 <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1119/1032>. Por fim, frisou que a  
819 proposta é resultado do trabalho coletivo de vinte professores do Departamento de Saúde  
820 Coletiva divididos em duas comissões - Comissão de Ensino de Graduação e Extensão, da  
821 qual fez parte o Secretário Executivo do CNS Márcio Florentino e Comissão de Ensino de Pós-  
822 graduação e Pesquisa e solicitou o apoio do CNS à iniciativa para o seu sucesso.  
823 **Manifestações.** Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** manifestou entusiasmo com o novo  
824 curso de saúde coletiva por entender que possibilitará a formação de profissionais voltados  
825 para o SUS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** fez a leitura da mensagem do conselheiro  
826 Ubiratan Cassano que, em nome da UNE, manifesta apoio ao curso de saúde coletiva nas  
827 universidades do país, por se tratar de um curso que representa o papel e dever da  
828 universidade em construir e desenvolver o SUS. Também cumprimentou a iniciativa e  
829 comprometeu-se a divulgá-la. Conselheiro **Fernando Antônio M. da Silva** ressaltou que, ao  
830 pensar em diretrizes, é preciso avançar no paradigma conceitual relativo ao conteúdo e à  
831 formação de capacidades de acordo com a necessidade do Sistema. Também colocou a  
832 SGTES à disposição para contribuir no debate sobre a regulamentação da profissão.  
833 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**, na condição de professor de saúde coletiva, colocou o  
834 entendimento que a criação do curso de graduação em saúde coletiva fortalecerá os conteúdos  
835 dos cursos da área já existentes. No mais, salientou que toda inovação gera estranhamento e

esse momento deve ser cultivado da melhor forma possível, colocando a perspectiva de desafio para consolidar categoria ou corporação profissional e construir o que se chama de interdisciplinaridade a partir de ações multiprofissionais. Como encaminhamento, sugeriu que a CIRH/CNS inicie debate de aprimoramento da Resolução do CNS nº. 287/98, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho, na linha de dar conta da complexidade do campo da saúde, considerando a perspectiva da interdisciplinaridade (a norma contempla somente profissionais de nível superior). Conselheiro **Josiano Macedo Lima** apoiou a criação do curso de graduação em saúde coletiva e salientou a importância de definir as diretrizes nacionais a fim de garantir uniformidade na formação. Para melhor entendimento da proposta, fez as seguintes perguntas: Como se dará a preparação dos professores para esses cursos de caráter transdisciplinar? Como a saúde coletiva pensa em trabalhar a temática da educação popular em saúde no terceiro setor? Conselheiro **José Carrijo Brom** manifestou entusiasmo com a criação do curso em saúde coletiva, por se tratar de uma área importante para a construção do Sistema. No mais, destacou que a iniciativa possibilitará uma mudança de paradigma no que se à gestão e permitirá uma mudança na Estratégia Saúde da Família. Também reiterou a necessidade de definir as diretrizes curriculares dos cursos e aprofundar o debate da proposta. Conselheira **Nelcy Ferreira** cumprimentou os expositores e registrou a sua preocupação com a carga horária de 3.200h e a oferta do curso no período noturno, tendo em vista a expectativa de formar profissionais para atender as necessidades do SUS. Perguntou, para reflexão, como se dará a prática do estudante na rede uma vez que os serviços de saúde funcionam, prioritariamente, no período diurno. Conselheira **Lígia Bahia**, professora do curso de graduação em saúde coletiva na UFRJ, explicou que a criação do curso de graduação em saúde coletiva não é consenso entre os pesquisadores da área e uma parte é contra por entender que a saúde coletiva é um campo de conhecimento e práticas que não se adequada ao modelo de graduação. Disse que, entre aqueles que concordam com a criação do curso, há uma posição com a qual compartilha que o curso não deve formar gestores, entendendo a gestão como práxis e não conhecimento. Salientou que é preciso debater o tema em profundidade no CNS e, para subsidiar as discussões, defendeu a realização de pesquisas com os egressos da graduação para avaliar o curso. Ressaltou que é preciso refletir sobre a seguinte dicotomia: formar profissionais para planos privados de saúde ou profissionais para o SUS capazes de compreender o processo de saúde doença de forma emancipada. Frisou que os cursos devem formar profissionais com nova concepção e ressaltou a importância de reunir o Fórum de Graduação para debater essa e outras questões. Como encaminhamento, sugeriu formar um GT, com a participação da SGTES, para acompanhar os cursos e tratar da regulamentação. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** concordou com a iniciativa de criação do curso de graduação em saúde coletiva, mas entendeu ser necessário debater o espaço desse novo profissional no Sistema, entre outras questões. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** salientou que o momento é de debater o tema e fez questão de salientar que a intenção do curso não é formar tecnólogos em saúde coletiva. Destacou que o CNS defende a profissionalização, todavia, discordou da iniciativa de "formar" gestores. Também manifestou dúvida sobre viabilidade do curso de graduação em saúde coletiva no período noturno, porque a profissão, pelo caráter intervintivo, necessita de amplo cenário de estágio e a prática se restringirá à urgência e emergência. Chamou a atenção para o leque de atuação desse profissional e fez os seguintes questionamentos: Como é pensada a integração entre ensino e serviço na formação profissional? Como trabalhar a trans e a interdisciplinariedade do curso? Como se dá a articulação entre ensino, pesquisa e extensão? Como se dará o cenário de prática? Por fim, avaliou que o tema deve ser objeto de debate da CIRH, em articulação com a SGTES e a participação de estudiosos. Conselheiro **Bruno Metre Fernandes**, sentindo-se contemplado nas falas que o antecederam, acrescentou apenas que não adianta profissionalizar a gestão pública quando a indicação de gestores é política. A seguir, com a anuência do Plenário, fez uma fala o estudante **Florentino Júnior**, da Coordenação Nacional de Saúde Coletiva. Começou salientando que o movimento estudantil de saúde coletiva, organizado desde 2009, tem tido saldo expressivo na organização e na construção da graduação em saúde coletiva. Avaliou que, após 20 anos, vive-se um momento crucial de debate na linha de fortalecer a formação de sujeitos comprometidos com o SUS e os estudantes se somam àqueles que lutam pela saúde pública de qualidade para todos. Também defendeu os cursos noturnos de graduação porque o problema está na rede que não se organiza para funcionar a noite e a prática de estágio se prende às instituições. **Retorno da mesa.** O Coordenador do Fórum dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO,

896 **Ricardo Ceccim**, explicou que o primeiro curso de graduação em saúde coletiva, iniciado em  
897 2002 se identifica com a área da administração/gestão, mas os cursos que surgiram a partir de  
898 2008 não possuem mais essa marca. Ou seja, não é o componente gestão que tem marcado o  
899 debate desse curso. Disse que nas Universidades com cursos de graduação em saúde coletiva  
900 surgiram núcleos que assessoram secretarias estaduais e municipais de saúde e os  
901 professores responsáveis pela proposta dos cursos são aqueles que assessoravam gestores  
902 de saúde. Assim, há uma experiência prévia também de imersão no cotidiano da rede de  
903 serviços. Também informou que o Fórum de Graduação foi instituído a partir de um movimento  
904 de 2008, portanto, a afinidade entre os cursos, bem como a regulação, é compromisso  
905 assumido a partir dessa data. Ressaltou que há autonomia universitária suficiente para que os  
906 cursos existam e há um debate relevante com CNE e MEC sobre bacharelados  
907 interdisciplinares que não terminam em profissão alguma. Salientou que a reunião entre os  
908 cursos de graduação em saúde coletiva e a vinda ao CNS representam a singularidade de um  
909 grupo com a identidade de uma política nacional para o campo da saúde. Disse que a intenção,  
910 ao oferecer o curso, é dispor de sanitaristas na rede de serviços em menor prazo (quatro anos  
911 ao invés de 10 anos para formação), o que não impede a especialização desse profissional.  
912 Também disse que a chance de o graduado em saúde coletiva permanecer em pequenos  
913 municípios ou em lugares com maior dificuldade de preenchimento de vagas é maior que o  
914 profissional com especialização – mestrados e doutorados. A respeito do perfil do aluno,  
915 explicou que muitos são técnicos da área da saúde, ou seja, profissionais que já atuam no  
916 sistema de saúde; outros são conselheiros de saúde; e também graduados em outra profissão  
917 da saúde (35%) na lógica da mudança do perfil profissional. Também concordou com a  
918 necessidade de rever a Resolução do CNS nº. 287/98, porque, ao definir profissões em saúde,  
919 impossibilita o acesso a residências multiprofissionais em saúde de determinadas profissões  
920 que tem demanda nos ambientes de trabalho. Ou seja, a norma se configura em um problema  
921 para as residências, para o PET e o Pró Saúde. Sobre o perfil dos professores do curso de  
922 graduação, disse que são pesquisadores da área de saúde coletiva, que tem característica  
923 interdisciplinar. No mais, salientou que não é possível e desejável substituir a saúde coletiva e  
924 formação clínica; o entendimento é que saúde coletiva pode ser especialização de quem não  
925 possui formação clínica. Também destacou que são 600 horas de estágio curricular dos cursos  
926 de graduação em saúde e não há problemas em relação aos cursos noturnos. Destacou, por  
927 exemplo, que o curso da UFRS trabalha com albergue de infância e adolescente que atendem  
928 24 horas. Além disso, os alunos realizam a busca ativa de trabalhadores noturnos – frentistas,  
929 vigilantes... Acrescentou também que os cursos noturnos não são realizados, em sua  
930 totalidade, no período da noite. Também clarificou que os dezoito cursos de graduação são de  
931 excelência e a diversidade entre eles é uma vitória porque demonstra a amplitude do campo da  
932 saúde coletiva. Disse que o acompanhamento deve ser feito na lógica da acreditação e  
933 destacou o Fórum que é composto por coordenadores de cursos e movimento estadual e  
934 permite a participação de gestores estaduais e municipais e do movimento social. O professor  
935 da UnB, **Antônio José da Costa Cardoso**, começou explicitando o entendimento que não há  
936 formação de formadores, mas sim de pesquisadores, o que dificulta a transmissão de  
937 conhecimento. Dessa forma, é preciso que o CNE considere a necessidade de investir na  
938 formação de formadores para além dos mestrados. Sobre o perfil do aluno do curso de  
939 graduação em saúde coletiva da UnB, explicou que cerca de 90% dos graduandos têm idade  
940 padrão dos demais cursos da Universidade – 17 a 22 anos - e 5% a 10% dos alunos possuem  
941 outra graduação. A respeito da prática, frisou que é necessário garantir ao aluno do curso  
942 noturno a possibilidade de cursá-lo integralmente no período e, no momento, está em debate a  
943 fase de estágio curricular, considerando essa questão. Disse que a carga horária do curso  
944 também está em debate, mas a sua expectativa é que 3.200 horas são suficientes para  
945 formação de bacharel em saúde coletiva (e não tecnólogo). No seu entendimento, o CNS, além  
946 de aprovar os cursos em saúde coletiva, deve acompanhá-los avaliá-los nesse momento em  
947 que estão nascendo, o que permitirá correção de rotas, sem prejuízos. Nessa linha, endossou  
948 a proposta de criar uma comissão ou grupo para acompanhar os cursos e avaliar o perfil dos  
949 egressos a partir de 2012. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sintetizou e colocou em  
950 apreciação os encaminhamentos que emergiram do debate: **recomendar a confluência de**  
951 **esforços, envolvendo SGTES, para estudo sobre os egressos do curso de graduação em**  
952 **saúde coletiva; e indicar à CIRH/CNS que promova debate sobre a revisão da Resolução**  
953 **do CNS nº. 287/98, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior**  
954 **para fins de atuação do Conselho. Não havendo manifestações contrárias, as propostas**  
955 **foram aprovadas.** Após agradecer a presença dos convidados, o coordenador da mesa

956 encerrou este item. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – ELEIÇÃO**  
957 **DA COORDENAÇÃO** - Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, em nome do Fórum de Usuários,  
958 solicitou a suspensão da escolha da coordenação da CIRH, a fim de possibilitar debate mais  
959 aprofundado. O Secretário Executivo do CNS, **Flávio Florentino**, explicou que houve  
960 mudanças no processo de avaliação de pedidos de cursos (o MEC enviará os processos ao  
961 CNS após a avaliação do INEP) e, portanto, não constava da pauta da CIRH a apresentação  
962 de pareceres. Diante dessa mudança e do pedido de suspensão, solicitou que a Comissão  
963 tratasse, na sua próxima reunião, sobre a eleição da coordenação e a agenda de trabalho de  
964 acordo com o novo fluxo. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou a Comissão está  
965 concluindo o seu plano de trabalho e deverá ter pauta na próxima reunião do CNS. Conselheira  
966 **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que a eleição da coordenação da CIRH ocorresse na  
967 reunião ordinária do CNS do mês de agosto, porque a coordenadora adjunta da Comissão não  
968 poderia participar da próxima reunião do CNS. Conselheira **Nelcy Ferreira** perguntou os  
969 motivos do pedido de suspensão da eleição da CIRH e o conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
970 respondeu que não entraria no mérito da decisão do Fórum de Usuários. Conselheiro  
971 **Francisco Batista Júnior** defendeu que o CNS pautasse a eleição da coordenação da CIRH  
972 na reunião ordinária do mês de julho e, não sendo possível, que a realizasse no mês de  
973 agosto. Conselheira **Lígia Bahia** defendeu o funcionamento do Conselho como órgão  
974 colegiado, portanto, sem presidência e sem bancadas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**  
975 recuperou que a pauta da CIRH é permanente e será garantida na reunião ordinária de julho  
976 com a rotina definida. No caso da coordenação da CIRH, sugeriu que não fosse definido prazo  
977 para eleição, porque essa questão demandaria tempo e não seria possível debater naquele  
978 momento. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que não estaria na próxima reunião  
979 porque participaria da jornada mundial da associação internacional de escolas de serviço  
980 social, em Londres. **Deliberação: por solicitação do Fórum dos Usuários, a eleição da**  
981 **coordenação da CIRH foi suspensa e será definida oportunamente. Na próxima reunião**  
982 **ordinária do CNS, a pauta da CIRH será mantida com as devidas rotinas.** Conselheira  
983 **Lígia Bahia** solicitou que seja debatida com o MEC a necessidade de o CNS avaliar a abertura  
984 de novas vagas dos cursos de saúde. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que é  
985 tarefa da CIRH avaliar também a abertura de novas vagas de cursos de saúde, mas ainda não  
986 teve condições para tal. Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Reiniciando, a  
987 mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO PERMANENTE DE**  
988 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO** - Apresentação: **Arionaldo Bomfim Rosendo**,  
989 Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO; Conselheiro **Fernando**  
990 **Luiz Eliotério**, Coordenador da COFIN; **Marcos Moreira**, da SPO/MS. Coordenação:  
991 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS. O Subsecretário  
992 da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, começou informando que o Ministério da Saúde  
993 está elaborando a proposta orçamentária 2013 e, após concluída, será submetida à apreciação  
994 do CNS. No contexto da LC nº. 141/2012, comunicou que foi submetido à apreciação da  
995 COFIN o Relatório Quadrimestral de Gestão e serão agregados dados sobre a ação da SGEP  
996 de cooperação técnica com estados e municípios. Também disse que representantes das  
997 Secretarias estavam participando da COFIN a fim de tomar conhecimento das políticas  
998 desenvolvidas e das ações que compõem o orçamento. Nesse contexto, dois departamentos  
999 do MS apresentaram as principais ações para 2012 e 2013 e a SCTIE colocou os diretores à  
1000 disposição para debate com a COFIN. No mais, comunicou que a Secretaria apresentou à  
1001 COFIN a proposta de Programação Anual de Saúde e aguarda o posicionamento da Comissão.  
1002 Por fim, disse que está em processo de conclusão o debate do Decreto de regulamentação da  
1003 LC 141/2012 e a intenção é publicá-lo no mês de julho. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**  
1004 fez os seguintes informes sobre a LC nº 141/2012, que regulamenta a aplicação de recursos na  
1005 saúde: realização do Seminário, organizado pela COFIN, nos dias 29 e 30 de maio, que  
1006 debateu a Lei; realização da reunião da Câmara Técnica do SIOPS que também debateu a Lei  
1007 nº. 141/2012 (a Câmara está formando grupos para debater a adaptação do SIOPS à Lei e a  
1008 sugestão é de participação de integrantes da COFIN nos GTs); e a Comissão tem recebido  
1009 várias demandas de informações sobre a Lei 141/2012. Também comunicou que foi distribuída  
1010 cópia da Portaria Interministerial nº. 446, de 16 de março de 2004, que implementa o Sistema  
1011 de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS sob a supervisão da  
1012 Secretaria Executiva do MS e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos –  
1013 SCTIE/MS. Entre outras questões, a Portaria indica a participação de conselheiros nos núcleos  
1014 estaduais do SIOPS. Disse que a COFIN encaminharia com antecedência aos conselheiros a  
1015 análise técnica do Relatório do 1º quadriestre de 2012 e da Programação Anual de Saúde.

1016 Explicou ainda que a Comissão fez algumas considerações sobre o RAG 2011 e o parecer  
1017 conclusivo da COFIN será apresentado na próxima reunião. No mais, fez um destaque à  
1018 iniciativa de debater o orçamento 2012 e 2013 com as áreas do MS e salientou que até o  
1019 momento a Comissão reuniu-se com o DAB e o DERAC. Chamou a atenção para o volume de  
1020 demandas da Comissão e salientou que na próxima reunião do CNS será apresentada  
1021 proposta de trabalho para a COFIN. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** reforçou a  
1022 preocupação com a falta de estrutura dos conselhos estaduais e municipais de saúde para  
1023 apoiar os conselheiros no encaminhamento das demandas colocadas pela LC nº. 141/2012.  
1024 Ressaltou que é preciso avaliar os resultados do Seminário para dimensionar a situação e  
1025 definir estratégias para melhor entendimento da Lei. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, primeiro,  
1026 justificou que esteve ausente no primeiro dia de reunião porque participava do Congresso do  
1027 CONASEMS. Também destacou que há muitas dúvidas acerca da Lei nº. 141/2012 e frisou o  
1028 esforço, inclusive da gestão, para debater essa norma e melhor compreender os seus  
1029 dispositivos. Além disso, informou que foi solicitado à Secretaria Executiva do MS debate do  
1030 Decreto de regulamentação da LC, antes da publicação, a fim de evitar incompreensões como  
1031 ocorreu acerca da Lei. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou ao coordenador da  
1032 COFIN por que não fora apresentada a proposta de resolução, elaborada conjuntamente por  
1033 ele e pela COFIN. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** explicou que a COFIN debateu e  
1034 apresentou contribuições à minuta de resolução elaborada pelo conselheiro Francisco Batista  
1035 Júnior e, como encaminhamento, sugeriu o envio à Mesa Diretora do CNS com a orientação de  
1036 solicitar parecer jurídico sobre o mérito. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** recuperou que  
1037 o Plenário decidiu elaborar uma resolução determinando que o MS não reconheça ações  
1038 administrativas, com impacto financeiro, que aconteçam sem a devida decisão do respectivo  
1039 conselho de saúde. Disse que essa proposta responde às situações de desrespeito das  
1040 decisões dos conselhos de saúde pelo país. Portanto, discordou da proposta do conselheiro  
1041 Fernando Eliotério e, como contraproposta, sugeriu submeter a minuta à apreciação do Pleno  
1042 e, posteriormente, encaminhar ao setor jurídico para avaliação, se for o caso. Conselheira  
1043 **Eliane Aparecida da Cruz**, em relação à Lei nº. 141/2012, destacou que necessita de um  
1044 processo de transição para ser colocada em prática e, como proposta, sugeriu construir debate  
1045 com a Universidade Aberta do SUS sobre essa norma. A respeito da minuta de resolução,  
1046 colocou que o MS deseja aprofundar o debate no CNS, uma vez que a proposta interfere na  
1047 questão de repasse de recursos. O representante da Coordenação de Plenária de Conselhos  
1048 de Saúde, **Livaldo Bento**, destacou o anseio dos conselheiros por conhecer a Lei nº. 141/2012  
1049 e avaliou que o CNS deve subsidiar conselhos estaduais nesse debate. Conselheiro **Alcides**  
1050 **Silva de Miranda** fez uso da palavra para manifestar concordância com a resolução elaborada  
1051 pelo conselheiro Francisco Batista Júnior. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** ressaltou que a LC  
1052 nº. 141/2012 é complexa e serão realizadas outras atividades para aprofundar o debate.  
1053 Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** aproveitou para registrar que as apresentações feitas no  
1054 seminário sobre a Lei nº. 141/2012 estão disponíveis na página do CNS. A seguir, a assessora  
1055 técnica da COFIN, **Helen Melzer**, apresentou uma síntese da avaliação dos participantes do  
1056 seminário da Lei nº. 141/2012 sobre a atividade. Os dados constarão do relatório do seminário  
1057 que está em processo de elaboração. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** colocou como  
1058 encaminhamento: pautar o debate da resolução na próxima reunião do CNS. Conselheira  
1059 **Eliane Aparecida da Cruz** ponderou sobre a viabilidade de debater a resolução na próxima  
1060 reunião do CNS, haja vista a quantidade de itens de pauta previstos. Conselheiro **Francisco**  
1061 **Batista Júnior** lembrou que a resolução está em debate há quatro meses e solicitou prioridade  
1062 para o tema na reunião do mês de julho. **Deliberação: o Plenário decidiu, por consenso,**  
1063 **pautar o debate da resolução, elaborada pelo conselheiro Francisco Batista Júnior, na**  
1064 **reunião ordinária do CNS do mês de julho.** A seguir, a mesa abriu para encaminhamentos  
1065 sobre a Lei nº. 141/2012. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, avaliou que a  
1066 Comissão de Educação Permanente do CNS poderia contribuir com a elaboração de proposta  
1067 de formação sobre a Lei nº. 141/2012. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou que a  
1068 mesa consultasse o Plenário sobre a proposta de realizar reunião nos próximos vinte dias entre  
1069 a Comissão de Educação Permanente e a SGEP para debater processo de formação sobre a  
1070 Lei nº. 141/2012, utilizando os conteúdos disponíveis, por meio da UNASUS. Após  
1071 considerações, a mesa encaminhou a proposta, apresentada pelo Secretário Executivo do  
1072 CNS, de compor um GT formado por representantes da SGES, UNASUS, COFIN, CIRH,  
1073 CIEPCSS para elaborar proposta de formação sobre a LC nº. 141/2012. **Deliberação:**  
1074 **aprovada a formação de GT composto por representantes da SGES, UNASUS, COFIN,**  
1075 **CIRH, CIEPCSS para elaborar proposta de formação sobre a LC nº. 141/2012.** ITEM 8 –

1076 **INFORMES E INDICAÇÕES** – Coordenação: Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa  
1077 Diretora do CNS. **PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE** – O representante da  
1078 coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, **Valdo Teodósio**, fez um informe  
1079 da última reunião da coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde que, entre  
1080 outros aspectos, tratou da próxima Plenária Nacional de Conselhos que ocorrerá nos dias 9 e  
1081 10 de julho. Também disse que na reunião houve debate sobre o processo de escolha da  
1082 representante do Distrito Federal para a coordenação da Plenária e, na avaliação da  
1083 coordenação, a indicação não deve ser reconhecida porque houve falhas na condução do  
1084 processo. No mais, salientou a importância de acompanhamento, por parte do CNS, das  
1085 plenárias estaduais, principalmente as que elegerão coordenadores a fim de evitar problemas.  
1086 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu, no caso do DF, que o governo publicou  
1087 decreto determinando, entre outras questões, a necessidade de apresentação de certidões  
1088 negativas por parte dos indicados pelas entidades para ocupar o cargo de conselheiro no DF.  
1089 Frisou que as exigências são tantas que quase inviabilizam a participação da totalidade dos  
1090 conselheiros do DF no processo (somente quatro conselhos de saúde do DF participaram da  
1091 eleição). Disse que, após debate na reunião, inclusive com a presença da representante do DF  
1092 eleita, a Plenária decidiu, por unanimidade, não legitimar a indicação do DF para a  
1093 coordenação de Plenária, por entender que o processo de eleição da representante foi eivado  
1094 de problemas. Como encaminhamento, sugeriu que o envio de documento comunicando ao  
1095 Conselho de Saúde do DF a decisão da Plenária e colocando o CNS à disposição para iniciar  
1096 diálogo com o Conselho e a Secretaria de Saúde do DF na linha de construir entendimento e  
1097 superar o problema. O Secretário Executivo do MS, **Márcio Florentino**, informou que no dia  
1098 seguinte à reunião da Plenária recebera telefonemas do Conselho e da Secretaria do DF para  
1099 prestar esclarecimentos e superar a questão. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** frisou que o  
1100 debate da reunião da plenária girou em torno do decreto do DF e da eleição da representante.  
1101 **Deliberação: aprovada a formação de GT (CONASS, CONASEMS, Arnaldo Marcolino,**  
1102 **Valdo Teodósio, Francisco Batista Júnior) para dialogar com o Conselho de Saúde do DF**  
1103 **sobre o processo de indicação de representante do Distrito Federal para a coordenação**  
1104 **de Plenária e construir entendimento para superar o problema a esse respeito.** A seguir,  
1105 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez a leitura do texto da resolução sobre  
1106 acompanhamento e monitoramento das conferências de saúde, com as contribuições dos  
1107 conselheiros: “1) Que todas as Comissões permanentes do CNS, de acordo com o escopo de  
1108 enfoque e abrangência de atuação de cada uma, devem definir, selecionar e programar  
1109 agendas e pautas para o monitoramento sobre a efetivação de deliberações da última  
1110 Conferência Nacional de Saúde; 2) Que as referidas Comissões Permanentes devem preparar  
1111 e apresentar anualmente ao Plenário do CNS, relatório circunstanciado com descrição do  
1112 monitoramento e análise de situação das deliberações previamente selecionadas por cada  
1113 uma; 3) Que a Mesa Diretora do CNS deve definir previamente programações anuais de temas  
1114 e pautas para todas as suas reuniões ordinárias, que enfoquem a discussão sobre as  
1115 deliberações da última Conferência Nacional de Saúde; e 4) Que, ao final de cada ano, a Mesa  
1116 Diretora deve programar uma pauta específica para análise, discussão e balanço geral sobre o  
1117 monitoramento das deliberações da Conferência Nacional de Saúde, considerados os  
1118 encaminhamentos prévios definidos em suas reuniões ordinárias e os relatórios provenientes  
1119 das Comissões Permanentes do CNS, referidos no item anterior. Além das deliberações  
1120 descritas acima, a Plenária do CNS recomenda aos Conselhos Estaduais e Municipais de  
1121 Saúde que também definam, estabeleçam e adotem sistemáticas, rotinas e procedimentos  
1122 correspondentes, com o propósito de monitoramento e análise acerca da efetivação das  
1123 deliberações das respectivas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.” **Deliberação: a**  
1124 **resolução sobre acompanhamento e monitoramento das conferências de saúde foi**  
1125 **aprovada por unanimidade.** **GT SEMINÁRIOS TEMÁTICOS** - Conselheira **Maria Cristhina**  
1126 **Biz**, primeiro, recuperou que o GT de Seminários Temáticos foi constituído na reunião ordinária  
1127 do CNS do mês de março, com a finalidade de elaborar uma proposta para realização, no  
1128 segundo semestre de 2012, dos seguintes seminários temáticos aprovados pelo CNS: a)  
1129 Seminário de Saúde da População Negra – 150 pessoas; b) Seminário de Comunicação e  
1130 Informação em Saúde – 200 pessoas; c) Seminário de Saúde e Meio Ambiente – 120 pessoas;  
1131 d) Seminário sobre Patologias e Deficiências – 200 pessoas; e) Seminário Intercomissões  
1132 (CIST, CIAN e CISAMA) - 150 pessoas; f) Seminário Nacional sobre Saúde Mental – 150  
1133 pessoas; g) Seminário Nacional sobre Vigilância Sanitária; h) Seminário Nacional sobre Saúde  
1134 da Pessoa Idosa – 400 pessoas; i) Seminário Nacional sobre Implementação da Política  
1135 Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT; e j) Seminário Nacional sobre Políticas de

1136 Equidade. Disse que, após debate, o GT propõe ao CNS a realização de um seminário  
1137 temático, com cinco dias de duração, no mês de agosto ou setembro, para tratar das temáticas  
1138 dos seminários a partir de quatro grandes eixos: equidade/controle social; acesso;  
1139 monitoramento/avaliação; e educação permanente. A atividade contaria com 350 participantes,  
1140 sendo: CES (27); conselheiros nacionais de saúde (100); coordenação de Plenária (27);  
1141 COSEMS (27); conselhos de políticas públicas (10); Comissões do CNS (100); Convidados  
1142 (50). Explicou que a programação do seminário seria: manhã - “Palestra Magna” sobre o  
1143 Controle Social e Equidade (relacionando Acesso, Monitoramento e Avaliação, e Educação  
1144 Permanente) – sugestão: convidar o professor **Boaventura de Sousa Santos**; e tarde - debate  
1145 das temáticas específicas em GTs, com a participação de facilitadores, tendo como  
1146 diretriz/roteiro o tema central debatido na parte da manhã. O objetivo de cada grupo com tema  
1147 específico é obter ao final do dia um relatório/Plano de Trabalho. Disse que a ideia é convidar  
1148 expertises nos grandes temas propostos (equidade e controle social; acesso; monitoramento e  
1149 avaliação – criação de indicadores; educação permanente) para ajudar a pensar a  
1150 metodologia/roteiros do Seminário. Acrescentou que o Seminário terá como base de discussão  
1151 e material de apoio o Plano Nacional de Saúde, o Relatório da 14ª Conferência Nacional de  
1152 Saúde e caso haja Conferência Temática, o Relatório da Conferência Temática. Em sendo  
1153 aprovada pelo Plenário, a proposta é dar continuidade desse Grupo de Trabalho ampliado  
1154 (convidar os conselheiros que trabalham com as temáticas específicas para compor o GT: 1  
1155 representante de cada seminário proposto). Também informou que o Seminário  
1156 Internacional/OPAS não está incorporado no Seminário proposto por esse GT e a sugestão é  
1157 que esse seminário internacional ocorra antes do seminário temático. Também registrou como  
1158 indicativo de encaminhamento, para debate, de realização de outro evento no início de 2013  
1159 (até março) com a finalidade de apresentar aos municípios os indicadores definidos. Disse que  
1160 na próxima reunião do GT serão debatidas as perguntas norteadoras (3 a 5 perguntas  
1161 norteadoras) e será necessário montar uma equipe de relatoria para o seminário. O Secretário  
1162 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, registrou que a proposta do GT dialoga com a  
1163 resolução sobre acompanhamento e monitoramento das conferências de saúde. Conselheiro  
1164 **Francisco Batista Júnior** sugeriu contemplar o tema “assistência farmacêutica” no seminário  
1165 temático. Conselheira **Maria Cristhina Biz** explicou que, em sendo aprovado o formato do  
1166 seminário, a proposta do GT é definir os temas para debate. Conselheira **Graciara Matos de**  
1167 **Azevedo** registrou o pedido, em nome da Comissão de Saúde Bucal, de debater o tema saúde  
1168 bucal no seminário. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** pleiteou a participação do Conselho  
1169 Nacional dos Direitos do Idoso e do Conselho Nacional de Assistência Social e a solicitação foi  
1170 acatada. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** solicitou que os debates ocorram de forma ampla,  
1171 com diálogo entre os temas. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, propôs  
1172 realizar o seminário na primeira quinzena de setembro de 2012 e recomendar as comissões  
1173 que iniciem debate interno sobre monitoramento e indicadores das políticas específicas como  
1174 subsídio para o seminário. Conselheira **Maria Cristhina Biz** explicou que o GT propôs uma  
1175 plenária final para “diálogo” entre os temas do seminário. Conselheira **Zilda de Faveri Vicente**  
1176 **Souza** perguntou se é possível debater questões específicas no seminário como, por exemplo,  
1177 uma patologia específica no eixo da saúde idosa. No mais, registrou que 15 de junho é o dia  
1178 mundial de conscientização da violência contra a pessoa idosa. Conselheira **Maria Cristhina**  
1179 **Biz** explicou que a metodologia permitirá o debate de temas específicos a serem apontados  
1180 pelo Plenário. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que o seminário é um desafio,  
1181 dada a sua amplitude. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que na próxima  
1182 reunião do CNS fosse feita apresentação sobre a construção de indicadores, por se tratar de  
1183 uma tarefa complexa. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** manifestou apoio à proposta do  
1184 seminário que, na sua visão, tenta desconstruir conceitos e trabalhar de forma mais  
1185 transversal, todavia, registrou preocupação com a duração. Conselheira **Graciara Matos de**  
1186 **Azevedo** retomou a palavra para destacar que o debate não seja pautado apenas nos  
1187 indicadores do governo, com possibilidade de construção de outros. Conselheiro **Francisco**  
1188 **Batista Júnior** colocou, para debate, a proposta de realizar o seminário em três dias, sendo o  
1189 último para a plenária final. **Após considerações, o Pleno aprovou a realização do**  
1190 **seminário temático com três dias de duração na primeira quinzena do mês de setembro**  
1191 **de 2012, com a seguinte programação: 1º dia – manhã: Mesa sobre “Equidade, controle**  
1192 **social e acesso”; tarde: Debate em grupos. 2º dia – Mesa sobre “Monitoramento,**  
1193 **avaliação e indicadores, e educação permanente” e debate em grupo. 3º dia -**  
1194 **Fechamento do produto final dos grupos de trabalho, de acordo com a temática. Além**  
1195 **dos temas já aprovados, o Seminário contemplará os temas “saúde bucal” e**

1196 “assistência farmacêutica”. Nos debates dos Grupos será garantida a participação de  
1197 facilitadores. As comissões deverão resgatar os relatórios das conferências temáticas e  
1198 da 14<sup>a</sup> CNS e o Plano Nacional de Saúde para subsidiar os debates. O produto do  
1199 seminário norteará a elaboração dos planos de trabalho das comissões do CNS.  
1200 SEMINÁRIO MINISTÉRIO PÚBLICO – O Secretário Executivo do CNS, Márcio Florentino,  
1201 apresentou a proposta de adiar a realização do Seminário do Ministério Público para o final do  
1202 mês de agosto de 2012, na linha de garantir maior participação do Ministério Público e dos  
1203 conselhos estaduais de saúde. **Deliberação: o Plenário adiou a realização do Seminário do**  
1204 **Ministério Público para o final do mês de agosto de 2012, na linha de garantir maior**  
1205 **participação do Ministério Público e dos conselhos estaduais de saúde, com indicativo**  
1206 **da data de 27 e 28 de agosto.** MOÇÃO DE APOIO SOBRE A VENDA DE ÁLCOOL LÍQUIDO  
1207 DE USO DOMÉSTICO – Conselheiro Arnaldo Marcolino fez a leitura da moção cujo teor é o  
1208 seguinte: “O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua 234<sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada  
1209 nos dias 13 e 14 de junho de 2012, manifesta, em forma de Nota Pública, apoio para  
1210 aprovação do Substitutivo da Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados  
1211 para o Projeto de Lei n. 692/2007 e seus apensados. O substitutivo supracitado dispõe sobre  
1212 restrições do acesso e venda do álcool líquido de uso doméstico e se encontra em discussão  
1213 na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, sob a  
1214 relatoria da deputada federal Sandra Rosado. O CNS defende a restrição da venda do produto  
1215 de forma que o álcool líquido só possa ser comercializado nos locais de dispensação de  
1216 medicamentos e drogas e até o volume de 50 ml (cinquenta mililitros). Observa-se que a  
1217 proposição aqui defendida não abrange a utilização do álcool para uso em estabelecimentos de  
1218 assistência à saúde humana ou animal, prevendo-se, somente, a restrição do acesso ao álcool  
1219 na sua venda direta ao consumidor. O CNS considera que a restrição do acesso a esse  
1220 produto causa redução da incidência e gravidade das queimaduras. Em 2002, a Resolução  
1221 RDC nº 46 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou a substituição do  
1222 álcool líquido, acima de 46° INPM, pela versão gel, e deu prazo de seis meses para os  
1223 fabricantes se adaptarem ao novo formato. Nesse período de adaptação, em que parou de ser  
1224 comercializado, o número de acidentes com álcool caiu 60%, o número de internações  
1225 hospitalares e a gravidade das queimaduras reduziu em 26%, segundo informações da  
1226 Sociedade Brasileira de Queimaduras. A referida medida foi suspensa por meio de liminar da  
1227 justiça, fazendo-se necessário, assim, a regulamentação do tema na forma de lei. O  
1228 Substitutivo da Comissão de Defesa do Consumidor reproduz o essencial da referida  
1229 resolução, garantindo a restrição da venda do álcool na sua forma líquida aos consumidores.  
1230 Com isso, o CNS alerta a sociedade, os órgãos de imprensa e os parlamentares, em especial,  
1231 os deputados federais da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania e a deputada  
1232 relatora, Sandra Rosado, para que possam compreender a importância da regulamentação e  
1233 efetividade dessa norma, que contribuirá para a preservação da vida de milhares de pessoas,  
1234 entre elas crianças, que são vítimas das graves queimaduras causadas pelo uso inadequado  
1235 do álcool, produto muito presente nos lares brasileiros”. **Deliberação: aprovada a moção de**  
1236 **apoio, apresentada pelo conselheiro Arnaldo Marcolino, à aprovação do Substitutivo da**  
1237 **Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados para o Projeto de Lei nº.**  
1238 **692/2007, que dispõe sobre restrições do acesso e venda do álcool líquido de uso**  
1239 **doméstico.** Deliberação: aprovada a nota pública. A seguir, foi aberta a palavra para outros  
1240 informes. Conselheiro Carlos Alberto Duarte informou que a Certificação das Entidades  
1241 Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS), criada para certificar hospitais  
1242 filantrópicos e clínicas, está sendo utilizada de forma equivocada em relação a organizações de  
1243 base comunitária na área de saúde, impedindo que tenham acesso a recursos públicos para  
1244 desenvolver as suas atividades. Solicitou que essa questão seja debatida no CNS, uma vez  
1245 que essas organizações de base comunitária estão sendo consideradas prestadores de  
1246 serviços, descharacterizando a natureza e impedindo, inclusive, que essas organizações  
1247 representem usuários nos conselhos de saúde. No mais, disse que para a LDO o CEBAS  
1248 saúde será flexibilizado também para as entidades que trabalham com a questão da AIDS e  
1249 hepatites virais. **Deliberação: o conselheiro deverá formalizar a demanda à Mesa Diretora**  
1250 **do CNS a fim de ser pautada no CNS.** Além disso, Conselheiro Carlos Alberto Duarte  
1251 perguntou os motivos do adiamento de reunião previamente agenda da CONEP. Conselheira  
1252 Ruth Ribeiro Bittencourt explicou que o adiamento da reunião da CONEP trouxe prejuízos e  
1253 a coordenação decidiu conversar primeiramente com a SE/CNS e aguardar encaminhamentos.  
1254 O Secretário Executivo do CNS, Márcio Florentino, explicou que a sede da CONEP foi  
1255 transferida para prédio do MS na 510 Norte e no local se enfrenta problemas de queda de

1256 energia, de rede e de gestão operacional administrativa. Além disso, a Comissão tem  
1257 enfrentado problemas com a Plataforma Brasil e houve dificuldades na emissão de passagens  
1258 para garantir a vinda dos integrantes da Comissão para a última reunião. Lembrou que a  
1259 operação administrativa da CONEP é feita em cogestão com o DECIT e foi instalado comitê  
1260 para resolver os problemas colocados. **O tema será objeto de debate na próxima reunião do**  
1261 **CNS.** Além disso, Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** reiterou a solicitação de pautar debate  
1262 sobre o Cartão do SUS e a o acesso aos serviços de saúde. O Secretário Executivo do CNS,  
1263 **Márcio Florentino**, explicou que o Cartão SUS será objeto de debate da próxima reunião da  
1264 COFIN e o tema será trazido ao CNS. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** solicitou à Mesa  
1265 Diretora do CNS que paute debate da Portaria sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com  
1266 Deficiência. **A demanda de pauta será levada à Mesa Diretora do CNS.** **INDICAÇÕES - 1)**  
1267 **Fórum Municipal de Saúde.** Local: Blumenau/SC. Data: 30 de junho de 2012. Indicação:  
1268 conselheira Rosangela Santos. 2) Indicação para Comitê Gestor do Plano Setorial da  
1269 Saúde e Mitigação e de Adaptação às Mudanças Climáticas. Os fóruns indicarão  
1270 representante via e-mail. 3) Coordenação Adjunta da Comissão de Trauma e Violência. A  
1271 coordenação será definida posteriormente (conselheiro André Luís colocou-se à disposição  
1272 para coordenação adjunta). 4) Coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde da  
1273 População LGBT. Deliberação: aprovada a indicação da Conselheira Verônica Lourenço  
1274 da Silva para coordenação. 5) Coordenação Adjunta da Comissão Intersetorial de  
1275 Comunicação e Informação em Saúde. Sugestão: Claudete Costa. A definição será feita na  
1276 reunião ordinária do CNS do mês de agosto. CONAM pleiteou a participação na Comissão  
1277 que será debatida após a reformulação das comissões. 6) Coordenação da Comissão  
1278 Intersetorial para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS. Deliberação: aprovada a  
1279 indicação do conselheiro Carlos Alberto Duarte para coordenação e da conselheira  
1280 Nádia Elizabeth para coordenação adjunta. 7) Coordenação da Comissão Intersetorial de  
1281 Saúde Suplementar – CISS. A coordenação será definida posteriormente (conselheiro André  
1282 Luís colocou-se à disposição para coordenação adjunta). 8) Reunião da Comissão  
1283 Intergestores Tripartite. Data: 26 de julho. Indicações: Trabalhador: conselheira Oriana  
1284 Bezerra Lima; e Usuário: conselheiro André Luís colocou-se à disposição. Agosto: Eurídice  
1285 Ferreira de Almeida. 9) Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA - convida  
1286 representantes da CIAN para participar das plenárias do CONSEA na condição de observador:  
1287 titular e suplente. Seguindo deliberação anterior do Plenário, acordou-se que a  
1288 participação de representante do CNS na reunião do CONSEA se dará dependendo da  
1289 pauta em debate. (Nildes Andrade e Nelcy Ferreira serão indicadas, a priori, para os  
1290 debates do CONSEA). **RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE E**  
1291 **MEIO AMBIENTE – CISAMA** - Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, da Mesa Diretora do  
1292 CNS, fez a leitura das duas minutias de recomendação elaboradas pelas CISAMA/CNS. A  
1293 primeira recomenda ao Ministro das Cidades que o Plano Nacional de Saneamento Básico  
1294 (PLANSAB) seja colocado imediatamente ao debate público, na forma de consulta pública, e  
1295 para que o Conselho Nacional de Saúde, entre outros colegiados, possa apreciá-lo,  
1296 contribuindo, assim, para o seu aperfeiçoamento. A segunda recomenda ao Governo Brasileiro:  
1297 que a promoção da saúde humana seja um dos pilares norteadores das políticas de  
1298 desenvolvimento sustentável, em seus aspectos institucional, social, econômico e ambiental;  
1299 que as ações e atividades desenvolvidas no âmbito do SUS, quer de caráter preventivo, de  
1300 promoção, de serviços, de desenvolvimento tecnológico ou de parceria com os demais setores  
1301 sejam pautadas pela sustentabilidade e boas práticas de governança; que as diretrizes  
1302 estabelecidas na I Conferência Nacional de Saúde Ambiental sejam institucionalizadas e  
1303 implementadas através de uma Política Nacional, para possibilitar o desenvolvimento das  
1304 ações intersetoriais ao SUS, sobretudo no desenvolvimento sustentável do campo e das  
1305 cidades, melhoria dos processos industriais e de serviço de saúde, a integração das diferentes  
1306 áreas da saúde, o combate aos agrotóxicos e às atividades que possam determinar impacto à  
1307 saúde humana. E aos organizadores da Conferência RIO + 20 que incluam a saúde entre os  
1308 desafios novos e emergentes de integrar os três pilares do desenvolvimento sustentável:  
1309 econômico, social e ambiental. Deliberação: aprovadas, por unanimidade, duas  
1310 recomendações elaboradas pela CISAMA. **RECOMENDAÇÃO DA CAISAJ** - Item não  
1311 apresentado. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **Francisco**  
1312 **Batista Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 234ª Reunião Ordinária do CNS.  
1313 Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: Titulares - **Carlos**  
1314 **Alberto E. Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Fernando Luiz Eliotério**,  
1315 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Francisco Batista Júnior**,

1316 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos  
1317 Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação  
1318 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central  
1319 Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Carrijo Brom**, Federação Interestadual dos  
1320 Odontologistas (FIO); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde  
1321 Coletiva (ABRASCO); **Luiz Alberto Catanocé**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-  
1322 NAP); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Nelson**  
1323 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Ruth Ribeiro Bittencourt**,  
1324 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação  
1325 Brasileira de Alzheimer (ABRAz). *Suplentes* – **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação  
1326 Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Maria Rodrigues da Silva**,  
1327 Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional  
1328 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Arnaldo Marcolino**, Rede Nacional de Controle Social e Saúde  
1329 da População Negra; **Bruno Metre Fernandes**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e  
1330 Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edmundo Luiz Saunier de Albuquerque**, Associação  
1331 Brasileira de Autismo (ABRA); **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida**  
1332 da Cruz, Ministério da Saúde (MS); **Fernando Antônio M. Silva**, Ministério da Saúde;  
1333 **Francisco Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geraldo**  
1334 **Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP);  
1335 **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Jeferson Seidler**,  
1336 Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); **Josiano Macedo Lima**, Central de Movimentos  
1337 Populares; **Liorcino Mendes Pereira Filho**, Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e  
1338 Transgêneros – ABGLT; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações  
1339 para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Maria Laura Carvalho Bicca**,  
1340 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho  
1341 Federal de Nutricionistas (CFN); **Noemy Yamaghishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia  
1342 (CFBio); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Renato de**  
1343 **Jesus Padilha**, Associação Pró-Renais Crônicos (APREC-BRASIL); **Sebastião Geraldo**  
1344 **Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional; e **Tania Maria Onzi Pietrobelli**, Federação Brasileira  
1345 de Hemofilia.