



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

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

10 Aos onze e doze dias do mês de julho de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde
11 “Omilton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar,
12 Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Trigésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de
13 Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa de abertura foi composta pela Conselheira **Marisa**
14 **Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**.
15 **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 235ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA**
16 **DA 234ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação: Márcio Florentino Pereira**, Secretário
17 Executivo do CNS. Coordenação: Conselheira **Marisa Furia Silva**, Mesa Diretora do CNS. **Conselheira**
18 **Marisa Furia Silva fez a leitura da proposta de pauta da 235ª Reunião Ordinária do CNS, que foi**
19 **aprovada**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio para solicitar a inclusão de informe
20 permanente do movimento saúde + 10 nas reuniões do CNS, fora do item da COFIN/CNS, na linha de
21 dar visibilidade à iniciativa e mobilizar as entidades em prol da coleta de assinaturas. Conselheiro **Clóvis**
22 **Boufleur** lembrou que, regimentalmente, os informes devem ser enviados à SE/CNS com antecedência
23 mínima de 30 minutos antes do início da reunião. Conselheira **Jurema Werneck** ratificou a proposta de
24 informe permanente a fim de dar visibilidade à iniciativa. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou
25 que o informe poderia ser feito no item da COFIN/CNS, haja vista a relação do movimento com o objeto
26 da Comissão. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** salientou que, além de pautar informe permanente do
27 movimento nas reuniões do CNS, é preciso reunir-se com representantes da Ordem dos Advogados do
28 Brasil – OAB e Associação Médica Brasileira – AMB para definir um movimento único de coleta de
29 assinaturas. **Deliberação: aprovada a inclusão de informe permanente nas reuniões do CNS sobre**
30 **o movimento saúde + 10 e a sugestão de chamar representante da AMB e da OAB para redefinir os**
31 **rumos do movimento. Em seguida, conselheira Marisa Furia Silva colocou em apreciação a ata da**
32 **234ª Reunião Ordinária, que foi aprovada com a consideração do conselheiro Ubiratan Cassano**.
33 Conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou a presença de conselheiros indígenas de saúde na reunião e
34 Conselheira **Verônica Lourenço** registrou a presença de residentes. Conselheira **Ivone Evangelista**
35 **Cabral** registrou e agradeceu a presença de participantes da XVII Plenária de Conselhos de Saúde,
36 realizada nos dias 9 e 10 de julho de 2012. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: TRABALHO E**
37 **CARREIRA NO SUS - Apresentação: Mozart Júlio Tabosa Sales**, Secretário de Gestão do Trabalho e
38 da Educação na Saúde – SGTES/MS; **Jurandi Frutuoso da Silva**, Conselho Nacional de Secretários de
39 Saúde – CONASS; **Eliana Pontes de Mendonça**, Secretária Executiva da Mesa Nacional de Negociação
40 Permanente do SUS - MNNP-SUS. Coordenação: Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do
41 CNS; e Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. A primeira expositora foi a
42 Secretária Executiva da Mesa de Negociação, **Eliana Pontes de Mendonça**, que iniciou pelo histórico da
43 criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS MNNP-SUS. Explicou que a Mesa de
44 Negociação foi instituída em maio de 1993, através da Resolução do CNS nº. 52 e, em junho de 2003, foi
45 reinstalada pela terceira vez, com uma nova composição e denominação de Mesa Nacional de
46 Negociação Permanente do SUS, também através de resolução do CNS. Disse que os protocolos da
47 Mesa de Negociação são submetidos à apreciação e deliberação do CNS e o de número 006/2006, que
48 dispõe sobre as “diretrizes nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no
49 Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”, foi aprovado pelo CNS. Feitas essas considerações
50 iniciais, passou a expor sobre o tema trabalho e carreira no SUS, iniciando com o histórico do Plano de
51 Carreiras. Destacou que a Lei nº. 8.080/1990, no seu art. 27, define que a política de recursos humanos
52 na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo,
53 em cumprimento dos seguintes objetivos: a) instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos
54 e salários e de carreira para o pessoal do SUS, da administração direta e indireta, baseados em critérios
55 definidos nacionalmente; e b) fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem
56 prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às
57 peculiaridades regionais. Na linha de cumprir essa determinação, explicou que o Ministério da Saúde
58 constituiu, por meio da Portaria nº. 626/2004, a Comissão Especial do PCCS SUS com a tarefa de

59 elaborar a proposta de diretrizes orientadoras de plano de cargos e carreiras no SUS. Disse que as
60 diretrizes pactuadas tiveram envolvimento, ao longo de dois anos de trabalho e ampla consulta pública,
61 dos três entes federados, de cinco Ministérios, dos prestadores de serviço conveniados ao SUS e das
62 doze maiores entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores. Além disso, foi
63 referendada pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Portaria de nº. 1.318, de 5 de junho de 2007
64 e serve de referência para que estados e municípios se apropriem para organizar seus planos ou
65 atualizá-los. Detalhou que os princípios norteadores do Plano de Cargos, Carreiras e Salários são: I –
66 universalidade: os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS deverão abranger todos os
67 trabalhadores; II – equivalência: os cargos terão correspondência entre os planos de carreira dos entes
68 federados; III - concurso público: o acesso à carreira estará condicionado à aprovação em concurso
69 público; IV – mobilidade: assegura o trânsito do trabalhador do SUS, pelas esferas de governo, sem
70 perda de seus direitos e progressão na carreira; V – flexibilidade: permanente da adequação dos planos
71 às necessidades e à dinâmica do SUS; VI - gestão partilhada: garante participação dos trabalhadores na
72 formulação e gestão do plano de carreira; VII – carreira como instrumento de gestão: se integra ao
73 planejamento e desenvolvimento organizacional; VIII - educação permanente; IX - avaliação de
74 desempenho, processo pedagógico; e X - compromisso solidário: entre gestores e trabalhadores para
75 melhoria da qualidade do atendimento. Explicou que a estrutura do Plano de Carreiras é a seguinte:
76 carreira; classes; desenvolvimento; promoção; e progressão. Acrescentou que são dois os cargos ou
77 empregos estruturantes propostos para os planos de carreiras dos trabalhadores do SUS, com
78 competência para atuar nas áreas de auditoria, gestão, atenção à saúde, ensino e pesquisa, informação
79 e comunicação, fiscalização e regulação, vigilância em saúde, produção, perícia, apoio e infraestrutura: 1)
80 Assistente em Saúde – compreende as categorias profissionais cujas atribuições integram um campo
81 profissional ou ocupacional de atuação para o qual se exige nível de educação básica, completo ou
82 incompleto, profissionalizante ou não; e 2) Especialista em Saúde – compreende as categorias
83 profissionais cujas atribuições integram um campo profissional de atuação para o qual se exige nível de
84 escolaridade mínimo correspondente ao ensino superior. Além disso, salientou que, no âmbito dos planos
85 de carreiras, deverão ser inseridos Planos Institucionais de Desenvolvimento de Pessoal, contendo: a)
86 Programa Institucional de Qualificação; e b) Programa Institucional de Avaliação de Desempenho. Além
87 disso, o plano deve ser embasado no princípio da educação permanente que é entendido como um
88 conjunto gerencial articulado e vinculado ao planejamento. No mais, os Planos de Carreiras e de
89 Desenvolvimento de Pessoal deverão ter seu financiamento pactuado pelas três esferas de governo,
90 conforme diretrizes nacionais. Também explicou que está prevista a concessão de gratificações ou
91 adicionais salariais pelo exercício em condições especiais, nas seguintes situações: I - dedicação
92 exclusiva ao SUS; II - atuação na atenção básica; III - posto de trabalho de difícil provimento ou
93 localizado em área longínqua ou de difícil acesso; IV - atividade de alto risco; e outras condições
94 especiais poderão ser objeto de gratificação ou adicional. Destacou como pontos polêmicos em relação à
95 proposta: a bancada sindical defendia cargo único; em relação à jornada de trabalho, a comissão definiu
96 que a discussão fosse remetida à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS),
97 dada a complexidade do tema, o fator regional e ao fato desta questão já se constituir ponto de pauta
98 dessa instância, respeitando a autonomia dos entes; e Gratificação Específica para Urgência e
99 Emergência: não houve acordo na bancada de trabalhadores e parte da bancada de gestores, em
100 especial a SAS, em especificar setores. A proposta foi retirada do texto. Destacou como oportunidade a
101 estruturação do PMAQ que possibilita definir ações de valorização dos trabalhadores do SUS, por meio
102 da articulação de ações para a gestão do trabalho e atenção básica. Salientou que é possível definir
103 incentivos específicos para áreas de maior necessidade, conforme prevê o Protocolo nº. 06/2006. Além
104 disso, frisou que, diante da dimensão e diversidade do país, o MS deve apostar em modelos múltiplos e
105 em estratégias alternativas para provimento e fixação, levando-se em consideração as especificidades e
106 necessidades dos arranjos locais. Nessa linha, citou as propostas que o DEGERTS vem trabalhando:
107 estimular e incentivar, por meio de apoio técnico e financeiro, a implantação de espaços de negociação e
108 a implantação de planos de carreira multiprofissional, de acordo com as diretrizes da MNNP-SUS: a)
109 convênio com o DIEESE para a realização de oito experiências pilotos para implantação de planos de
110 carreira; b) proposta de Portaria de repasse fundo a fundo; c) ProgeSUS: qualificação em negociação
111 coletiva e elaboração de plano de carreira e financiamento a projetos de implantação de planos de
112 carreira; d) InovaSUS 2012 – carreira – identificação e premiação de experiências exitosas em planos de
113 carreira do SUS (na primeira etapa, foram premiadas 20 experiências na área de gestão do trabalho e
114 Betim ficou em primeiro lugar com a mesa municipal de negociação permanente – foi implementada
115 carreira municipal e foi possível fixar profissionais de saúde); criação de espaços de negociação
116 regionais; estímulo à desprecarização do trabalho e à construção de arranjos que garantam a proteção
117 social aos trabalhadores e a implantação de planos de carreira, por meio de formas públicas de gestão da
118 força de trabalho. Salientou que o Projeto QualiSUS Rede e o aporte de recursos para implantação de
119 experiências pilotos podem revelar caminhos. Além disso, o DGTES vem trabalhando com o eixo da
120 democratização das relações de trabalho e todas as ações do Departamento estão voltadas ao
121 fortalecimento do SUS, por meio de carreira e processo democrático de negociação, possibilitando prover

122 atenção a pessoas em áreas desprovidas e de vazios assistenciais. Finalizando, disse que o Município
123 de Vitória/ES implementou a carreira seguindo as diretrizes, o que resolveu o problema da fixação de
124 profissionais, amenizando a desassistência em áreas de difícil acesso. O segundo expositor foi o
125 Secretário da SGTES/MS, **Mozart Sales**, que iniciou com um balanço da gestão do trabalho, destacando
126 os seguintes marcos históricos: a) Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – reinstalada em
127 2003 em caráter permanente com representantes do setor privado pactuou, ao longo de nove anos, oito
128 protocolos com diretrizes nacionais sobre as relações de trabalho no SUS; b) existem hoje 53 mesas de
129 negociação em estados e municípios (esforço para incluir recurso no orçamento 2013 com vistas a dobrar
130 esse número); c) Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho reativado e vinculado à MNNP-SUS;
131 d) pactuação e assinatura do protocolo da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador da
132 Saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde; e) Regimento Interno da MNNP-SUS revisado e debate
133 sobre a composição; f) criação do eixo democratização das relações de trabalho no PROGESUS; e g)
134 Celebração de parceria com DIIIESE. Ainda em relação às iniciativas, salientou a reestruturação do
135 ProgeSUS 2011-2014 com quatro eixos: 1) Qualificação em gestão do trabalho e educação na saúde
136 com foco no nível médio (UFRN), negociação (DIIIESE), gestão das condições de trabalho e saúde do
137 trabalhador da saúde (UFMG) – na plataforma da UNASUS; 2) Inovação na gestão do trabalho – apoio
138 técnico, financeiro e certificação para estados e municípios; 3) Democratização das relações de trabalho
139 – apoio técnico e financeiro para instalação de espaços de negociação e implantação dos protocolos da
140 MNNP-SUS; e 4) Sistema de informação – construção do sistema nacional para identificação,
141 dimensionamento e projeções da força de trabalho em saúde e estímulo a projetos locais. Salientou a
142 intenção de trabalhar com os observatórios de recursos humanos e com as instituições de ensino a
143 ampliação dos mestrados profissionais de gestão do trabalho para qualificar a força de trabalho que
144 gerencia o mundo do trabalho em saúde. Destacou ainda a reativação do Fórum MERCOSUL, com a
145 participação de todos os conselhos profissionais; o acordo celebrado para a construção da matriz mínima
146 para exercício profissional no âmbito do MERCOSUL; o funcionamento da Câmara de Regulação do
147 Trabalho em Saúde com papel proativo e de maior diálogo com os Conselhos Profissionais; a realização
148 do Prêmio INOVASUS – Gestão do Trabalho com 262 iniciativas inscritas e R\$ 2 milhões em prêmios; a
149 criação de indicadores na área de gestão do trabalho para o mapa de saúde e inclusão de cláusula
150 específica no COAP; a realização do II Encontro Nacional de Gestores do Trabalho em Saúde em
151 fevereiro de 2012; maior articulação entre a gestão do trabalho com a gestão da educação na
152 estruturação dos programas e ações; maior diálogo com estados e municípios – realização de encontros
153 com os gestores do trabalho em saúde de estados, capitais e municípios; e ampliação do orçamento da
154 DEGERTS para 2012 – o Departamento está pleiteando orçamento ainda maior para 2013. Também
155 detalhou as atividades da SGTES para compreender e subsidiar a construção de políticas de indução
156 para provimento e fixação de profissionais médicos no SUS: 1) Oficina de trabalho sobre demografia
157 médica: formação médica, residência médica, migração de médicos, estimativa da necessidade de
158 médicos, demanda por especialidades médicas no Brasil, projeção da força de trabalho médico; 2)
159 Seminário internacional para discutir a regulação do trabalho em saúde; 3) Na cooperação internacional:
160 buscar compreender como se dá: metodologia de estimativa de força de trabalho, como formular políticas
161 de regulação do trabalho, como acreditar serviços em saúde, como redistribuir funções e tarefas “task
162 shifting”; e 4) Edital de pesquisa junto com a SCTIE (Monitoramento e avaliação das políticas
163 estruturadas e a consolidação de uma sala de situação que agregue todas as iniciativas existentes e
164 bases de dados, facilitando o conhecimento para tomada de decisão no processo de formação e
165 regulação do trabalho – a ideia é disponibilizar daqui a, no máximo, 1 ano e meio uma sala de situação
166 da força de trabalho e da educação em saúde para gestores do SUS). Também destacou a experiência
167 “Saúde Baseada em Evidências”, uma abordagem que utiliza as ferramentas da epidemiologia clínica, da
168 estatística, da metodologia científica e da informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a
169 atuação em saúde. Detalhou que a Saúde Baseada em Evidências é a arte de avaliar e reduzir a
170 incerteza na tomada de decisão em Saúde (Centro Cochrane do Brasil). Dada a importância, solicitou
171 que o CNS divulgue essa experiência nos seus espaços e nas suas atividades. Falou do Portal Saúde
172 Baseada em Evidências, uma parceria Ministério da Saúde e CAPES, que coloca as melhores evidências
173 científicas disponíveis para subsidiar a tomada de decisão clínica ou de gestão, agregando valor e
174 qualidade à atenção da saúde da população. Além disso, promove a integração da experiência clínica às
175 melhores evidências disponíveis, considerando a segurança e a ética na totalidade das ações. Também
176 destacou as seguintes políticas de indução para provimento e fixação de profissionais: FIES; PROVAB;
177 Revalida; ampliação da oferta de vagas em cursos de Medicina; qualificação do ensino médico - modelo
178 pedagógico voltado para atender a integralidade do cuidado e as redes de atenção à saúde; ampliação
179 de vagas para Residência Médica em locais que dispõem de rede de serviços próximas a áreas de difícil
180 provimento - criação de incentivo aos serviços que incorporam residência médica, fomento à formação da
181 preceptoria, incentivo de fixação e matrículamento; valorização dos trabalhadores através da Avaliação de
182 desempenho do PMAQ; estratégias de Educação Permanente: Telessaúde, Portal de periódicos da
183 CAPES e UNASUS - cursos à distância. Além dessas políticas de indução, destacou a realização de
184 estudos para analisar a viabilidade de carreira na atenção básica de base estadual, com financiamento

185 tripartite e gestão bipartite na lógica da regionalização, considerando mobilidade territorial, avaliação de
186 desempenho, incorporação de estratégias de educação permanente (residência, especialização) como
187 parte importante de progressão na carreira e residência por dentro da carreira em situações de escassez
188 de especialistas e ociosidade de vagas. Em relação ao FIES, explicou que prevê a lógica de abatimento
189 de 1% do saldo devedor por mês trabalhado no SUS, em portaria acordada na Tripartite. Ainda em
190 relação às políticas de indução para provimento e fixação de profissionais, detalhou: 1) PROVAB: apoio e
191 incentivo para que médicos atuem na Atenção Básica de municípios com carência de profissionais, em
192 áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas - médicos contratados: 316; municípios
193 contratantes: 161; 57 médicos estão fazendo a especialização com foco na Atenção Básica; 1.614
194 enfermeiros e 237 odontólogos; e 2) Revalida/2011: 417 brasileiros formados em outros países e a
195 intenção é discutir algumas alterações do Revalida para 2012, sendo uma delas, a realização da
196 calibragem da prova pelos alunos brasileiros. Também destacou a ampliação da oferta de vagas em
197 cursos de medicina pelas estaduais e o potencial de expansão é de 978 vagas - 18 IES estaduais com
198 oferta de curso de Medicina. Seguindo, comentou as Políticas de Gestão e Regulação do Trabalho para
199 2012, destacando, inicialmente, o debate de Portaria de repasse fundo a fundo para ações de gestão do
200 trabalho para aprimoramento. Citou ainda o GT que elabora estudos sobre impactos da regulamentação
201 da jornada de 30 horas para enfermagem, implantação da matriz mínima do MERCOSUL, discussão de
202 metas e indicadores para o COAP e estudos e pesquisas de gestão do trabalho na saúde. Com relação
203 aos indicadores e metas para o COAP, destacou o aumento em 5% da proporção de vínculos diretos dos
204 trabalhadores do SUS (dados do CNES). Citou também pesquisas e estudos de gestão do trabalho
205 sobre: perfil dos ACS e ACE – parceria com a USP; condições de trabalho no setor saúde em parceria
206 com o DIEESE; o impacto do setor saúde no desenvolvimento local em parceria com DIEESE; carreira e
207 avaliação das ações do PROGESUS em parceria com UERJ e NESCON; funcionamento das Mesas de
208 Negociação em parceria com a UFRN; e Rede de observatórios. Finalizando, destacou a preocupação
209 com o processo das profissões da saúde do ponto de vista quantitativo e da oferta de trabalho e solicitou
210 o apoio do CNS nesse processo. Na sequência, explanou sobre o tema o conselheiro **Jurandi Frutuoso**,
211 representando o CONASS, que, primeiro, convidou para compor a mesa o conselheiro Arilson Cardoso,
212 representando o CONASEMS, que é o maior empregador em termos de recursos humanos. Explicou que
213 o CONASS está realizando estudo sobre recursos humanos nos estados e a intenção é publicá-lo em
214 novembro de 2012, dada a relevância do tema. Além disso, informou que o tema “carreira única” foi
215 objeto de debate do Congresso do CONASS e fez a leitura de trechos do relatório da atividade que
216 explicitam a posição da entidade. Explicou que o debate da carreira foi feito com foco no médico, apesar
217 de entender que é preciso discutir a carreira como um todo e não apenas com ênfase na figura deste
218 profissional. Registrou ainda que se trata de uma questão complexa e demanda tempo para ser definida.
219 Destacou que a demanda por uma carreira de estado é motivada, entre outras, pelas seguintes questões:
220 1) escassez de profissionais, principalmente médicos; 2) dificuldades de reposição dos servidores
221 estadualizados e municipalizados; 3) disparidades de valores da política salarial praticada em todo o país,
222 em regra, aquém do desejável; e 4) dificuldade de alocação de profissionais em áreas de difícil acesso
223 geográfico e de risco social. No se refere aos médicos, explicou que o Conselho Federal de Medicina -
224 CFM, junto com o Conselho Regional do Estado de São Paulo, produziu o documento “Estudo de
225 Projeção “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”” que aborda, entre outros pontos, a explosão da
226 relação médico habitante em 2020, mesmo sem novas vagas para cursos de medicina, com
227 superconcentração de médicos em diversos estados, capitais e municípios de médio porte, em
228 detrimento de outras regiões. Segundo o estudo, a taxa atual de médicos por mil habitantes no Brasil é de
229 1,9, o que na opinião do CFM não quer dizer que a pretendida pelo governo de 2,5 seja significativa se
230 não forem consideradas as diferenças internas do país. Na região sudeste em 2011, a taxa era de 2,61
231 médicos/1000 habitantes. O DF, o Rio de Janeiro e São Paulo apresentam taxas acima de 2,5, assim
232 como 18 das 27 capitais do país. Por outro lado, em 9 estados a taxa em 2011 era inferior a 1,2 médicos
233 por mil habitantes. O estudo aponta ainda que no setor privado existem 7,60 postos de trabalho médicos
234 ocupados por mil habitante, 3 vezes maior que a preconizada pelo governo. Explicou que os Deputados
235 Ronaldo Caiado e Eleuses Paiva apresentaram, em 2009, a EC nº. 454, que altera o Título VIII, Cap. II,
236 Seção II – “Da Saúde” da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, estabelecendo
237 diretrizes para a organização de carreira de médicos de Estado. A EC 454 prevê as seguintes diretrizes
238 para futura normatização legal: ingresso na carreira via concurso público de provas e títulos; exercício do
239 cargo efetivo em regime de dedicação exclusiva, podendo apenas acumular com cargo ou função pública
240 apenas em magistério, na forma da Constituição; previsão de ascensão funcional por critérios de
241 merecimento e antiguidade; explicita que a lei estabelecerá critérios objetivos de lotação e remoção por
242 necessidade de serviço e segundo pontuação por lotação em localidades “remotas ou de difícil ou
243 perigoso acesso”; e fixa o piso inicial da carreira e prevê reajuste anual. Todavia, salientou que a Emenda
244 não atende às necessidades do Sistema, necessitando, portanto, ser adequada para abranger outras
245 profissões da saúde. Colocou também algumas considerações iniciais do CONASS, que valem para
246 todas as categorias, sendo a primeira delas os vários desafios enfrentados na atualidade: o baixo salário
247 praticado, a disparidade de valores em diferentes estados e principalmente nos municípios. Citou ainda o

248 fato de a LRF criar empecilhos orçamentários para pagamento de pessoal, quando não se faz saúde,
249 nem outras atividades de políticas públicas sociais, sem trabalhadores preparados e motivados por
250 vencimento justo, condições de trabalho adequadas, possibilidade de progressão na carreira, aporte de
251 educação permanente e continuada, etc.. Destacou também outras duas questões importantes, sendo:
252 garantia de lotação e permanência adequadas às reais necessidades da gestão na lógica da população e
253 papel dos gestores estaduais e municipais, não visualizado na EC nº. 454. Também fez referência ao
254 estudo apresentado no Seminário da Rede de Pesquisa em APS, Mercado de Trabalho de Médicos na
255 Atenção Básica, de Sabado Nicolau Girardi, Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado,
256 do Observatório de RH em Saúde - NESCOM/UFMG, em abril de 2012. Disse que a pesquisa teve por
257 objetivo geral “avaliar e medir o impacto das políticas, estratégias e programas adotados pelo MS na
258 melhoria do acesso e na redução das iniquidades na distribuição de profissionais no âmbito da ABS no
259 SUS” e demonstrou problemas a enfrentar. Seguindo, explicou que o número de profissionais médicos
260 em atividade, tendo como linha de base o ano de 2010, varia de acordo com a fonte de consulta, assim, é
261 preciso aprofundar o estudo do CFM para se chegar ao número de consenso. Salientou que uma das
262 prioridades do CONASS é a política de gestão do trabalho e da educação na saúde e a entidade, em
263 suas diversas publicações, explicita o consenso dos Secretários de Estado em torno de diversos eixos da
264 política de RH, como: a) integração programática da gestão do trabalho com a educação na saúde; b)
265 pleno exercício do papel constitucional cabível ao SUS como ordenador da formação profissional; c)
266 valorização do trabalhador da saúde através de políticas que contemplem adequada remuneração,
267 investimentos concretos na educação profissional e permanente de nível superior; ambiência adequada
268 do trabalho; d) acesso por concurso público; e) valorização do PCCS; f) distribuição mais equânime dos
269 recursos humanos frente às diferentes necessidades da população; g) desenvolvimento de políticas em
270 nível nacional visando reduzir a desigualdade na oferta de profissionais em diferentes regiões, estados e
271 micro regiões; e h) desenvolvimento das mesas de negociação e respeito ao controle social. Seguindo,
272 abordou dois eixos, na sua visão, indispensáveis. O primeiro refere-se à garantia de acesso à carreira
273 através de processo de alocação do profissional em áreas que demandam efetiva necessidade. As áreas
274 de difícil acesso ou de escassez (por diversos motivos) exigem uma política positivamente discriminada e
275 ênfase na atenção primária e nas especialidades com maior repressão de demanda, ao menos no início
276 de implantação da carreira. Para essa garantia, avaliou que é fundamental refletir se o concurso não seria
277 mais adequado por região do país e com critérios bem definidos para alocação, remoção, transferência,
278 progressão e ascensão funcional. Lembrou que, historicamente, já se vivenciou transferências
279 posteriores ao planejamento inicial de concursos, por critérios nada técnicos, dissociados das
280 necessidades dos serviços e da população a ser atendida. O segundo eixo diz respeito ao papel das SES
281 e das SMS diante da carreira de Estado para profissionais de saúde. O Brasil viveu, após implantação do
282 SUS, uma efetiva descentralização de ações e serviços de saúde, com novos papéis e responsabilidades
283 da gestão estadual e municipal. Toda a organização do sistema se dá, atualmente, na lógica
284 interfederativa. Para ilustrar esses dois eixos, citou uma proposta elaborada em 2010, por comissão
285 criada pela Portaria GM/MS nº. 2.169, integrada por representação do MS, CONASS, CONASEMS, CFM,
286 FNM, CFO, FIO (Federação Interestadual dos Odontologistas), CFE e Federação nacional dos
287 Enfermeiros. Disse que a proposta visou definir um plano de carreira especial para fixação de
288 profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) na atenção básica em áreas
289 de difícil acesso e/ou provimento. Salientou que são relevantes os seguintes pontos, que a princípio
290 podem contribuir para a proposta da EC agora ampliada para outras categorias: previsão de banco de
291 reserva, sendo que para cada vaga haveria duas de reserva; concurso com base regional; regime de
292 40hs; e construção de uma carreira atrativa, levando em conta os seguintes aspectos: remuneração,
293 promoção, progressão, mobilidade e educação permanente. Salientou que a definição das áreas de difícil
294 acesso/ou provimento, cujo estudo coube ao NESCOM, utilizou indicadores epidemiológicos,
295 socioeconômicos, de recursos humanos, capacidade instalada, geográficos e de acessibilidade. Portanto,
296 defendeu rigor nas prioridades de lotação diante das necessidades detectadas na análise dos
297 indicadores, com uma progressão da carreira que estimule a fixação inicial nos locais de maior
298 dificuldade de acesso. Tal qual na elaboração da proposta já citada, a gestão do profissional deve ser
299 municipal, cabendo ao estado a gestão regional e estadual, com papel mais voltado à educação
300 permanente e ao controle e avaliação, cabendo ao MS a política nacional. Atualmente, programas como
301 Telesaúde, UNASUs, PróSaúde, Educação Permanente, entre outros, melhoraram as condições efetivas
302 de aporte de informação, educação continuada, interconsulta, etc.. Salientou que prover um contingente
303 expressivo de pessoas hoje desassistidas totalmente, ou em parte, é um desafio que exige uma política
304 de estado e não apenas de governo e que além de assegurar profissionais estáveis, qualificados e
305 motivados deve também envolver políticas de educação, comunicação, transporte, entre outras.
306 Finalizando, disse que o desafio há muito está dado e vontade política não pode faltar. **Manifestações.**
307 Conselheiro **Arilson Cardoso** explicou que as preocupações do CONASEMS são semelhantes as do
308 CONASS e fez um destaque às dificuldades enfrentadas pelos municípios para garantir provimento.
309 Saudou a iniciativa de revisar o acesso à residência e às especialidades médicas, todavia, destacou que
310 há dificuldades também para garantir o atendimento na atenção básica. Disse que é preciso avaliar a

311 residência médica nas carreiras da atenção básica, considerando o acesso aos serviços. Também
312 defendeu a criação de novas alternativas para formação desses profissionais e a definição de estratégias
313 para trazê-los para o SUS, garantindo a qualificação no trabalho. Avaliou ainda ser necessário priorizar a
314 proposta de serviço civil, que foi aprovada em conferência e em vários congressos, alinhando às
315 propostas de educação permanente e gestão do trabalho. Reforçou a importância de ampliar vagas para
316 profissionais médicos nas universidades, considerando o consenso que o problema não se refere apenas
317 à distribuição desses profissionais, mas sim de carência. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
318 salientou que é político o problema central no que se refere a recursos humanos, uma vez que há
319 consenso sobre a forma de fazer gestão do trabalho e as características desse trabalhador. No seu modo
320 de ver, as dificuldades de acesso desse trabalhador são nas OSs, no SAMU e nos espaços privatizados
321 do SUS. Também ressaltou que é preciso integrar iniciativas e, sendo o CNES um sistema de registro de
322 profissionais, perguntou a necessidade de outro sistema nesse sentido. No mais, disse que a Câmara de
323 Regulação do Exercício Profissional precisa funcionar e ser um espaço efetivo de pactuação a respeito
324 do papel das autarquias – conselhos profissionais – no processo de regulação. Também se solidarizou
325 com a proposta de não vincular as residências aos ambientes universitários, lembrando que esta é uma
326 proposta da Federação Nacional dos Farmacêuticos. Considerando que a discussão de recursos
327 humanos é política, sugeriu marcar uma audiência com a Presidente da República para apresentar os
328 consensos sobre o tema. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** salientou que o debate sobre trabalho e
329 carreira no SUS é complexo e a simples definição da carreira não é suficiente para resolver os dilemas da
330 gestão do Sistema. Para debater o tema do ponto de vista da estrutura e conceitual, disse que é preciso
331 pensar na conjuntura como um todo. Nesse sentido, manifestou preocupação com o movimento de
332 responsabilizar a saúde suplementar quando o problema é de insuficiência de acesso ao SUS. Ressaltou
333 que, a continuar nessa situação, a saúde suplementar se tornará inviável. Também ressaltou que é
334 impossível pensar em um sistema de saúde universal e integral quando há concorrência com o setor
335 privado. Avaliou que o grande esforço para contratar médicos para o SUS não terá o efeito desejado
336 porque o setor privado é mais interessante e atrativo em termos da remuneração e da lógica de
337 pagamento (por procedimento). Também lembrou, além da competição acerca do modelo de atenção
338 fora do Sistema (com o setor privado), há uma concorrência dentro do SUS por conta das diferentes
339 lógicas adotadas (com as OSs, por exemplo, que oferecem uma lógica diferente). Disse que não será
340 possível viabilizar a carreira do SUS se a prioridade for a carreira do profissional médico e, nessa linha,
341 perguntou como estabelecer a carreira única sem valorizar a equipe multiprofissional. Frisou que é
342 preciso realizar um movimento para garantir profissionais de saúde em todos os locais do país e não
343 apenas nas áreas remotas do Brasil. Por fim, frisou que a solução do problema do sistema passa pela
344 estruturação da equipe multiprofissional de saúde e pelo fim da terceirização. Conselheiro **Carlos**
345 **Alberto Duarte** lembrou que a ideia era debater a carreira única do SUS, assim, manifestou preocupação
346 com o debate centrado na carreira do médico e com a falta de uma proposta, por parte do governo, de
347 uma carreira única para saúde. Também fez um destaque ao problema da privatização e citou a criação
348 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, apesar da posição contrária da 14ª CNS e do CNS, que
349 traz prejuízos como a definição da dupla porta de entrada. Pela ordem, conselheiro **Jurandi Frutuoso**
350 registrou que na sua fala defendeu uma carreira para o SUS e não apenas para o profissional médico.
351 Conselheira **Jurema Werneck** lembrou que foram definidos consensos e cabe à gestão cumprí-los não
352 apenas com decisões paliativas. Também disse que o município do Rio de Janeiro não é um bom
353 exemplo porque descumpriu os acordos, inclusive com terceirização dos serviços. Registrhou que a greve
354 no setor saúde indica que as coisas não estão correndo como deveriam e solicitou a posição do governo
355 diante da pauta de reivindicação do movimento. Conselheira **Eline Jonas** salientou que é preciso
356 trabalhar a carreira única do SUS com foco na formação voltada à humanização no atendimento.
357 Destacou, por exemplo, que as mulheres sofrem violência na hora do parto tanto no setor público quanto
358 no setor privado. Salientou que, de um lado, há um projeto político de consolidação do SUS, mas, na
359 prática, os profissionais contratados nos municípios estão vulneráveis a perseguições políticas,
360 especialmente nos momentos de eleição. Além disso, disse que é preciso investir na capacitação porque
361 os profissionais não conhecem a política do SUS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que na
362 sua tese de doutorado sobre dez anos da Comissão Intergestores Tripartite constatou a existência de
363 uma “agenda negada”, no período de 1993 a 2003, que era a agenda da gestão do trabalho e dos
364 trabalhadores. Naquele contexto, os problemas eram a precarização e a convivência de trabalhadores de
365 esferas distintas de governo. Após oito anos, destacou que novos problemas foram agregados àqueles
366 apontados, sendo necessárias estratégias para tratá-los de forma mais abrangente e propositiva. Disse
367 que hoje a responsabilidade da gestão de trabalho está sendo agenciada, por meio de OSs, OSCIPs,
368 entre outros, e é preciso cobrar do MS uma posição clara para enfrentar essa situação. Destacou que no
369 Decreto nº. 7.508/2011 persiste a lacuna sobre a gestão do trabalho e aproveitou para apontar os
370 consórcios interfederativos como alternativa para organizar a força e a gestão de trabalho no SUS ao
371 invés da lógica de agenciamento. Finalizou que é preciso sair de respostas no varejo para estratégias no
372 atacado. Conselheira **Lorena Baía** também defendeu a criação da carreira única do SUS, com
373 estruturação das equipes multiprofissionais, a fim de garantir a integralidade do atendimento. Também

374 comentou a grave situação da saúde pública no Estado de Goiás e a falta de intervenção do controle
375 social por conta da desestruturação do Conselho Estadual de Saúde. Conselheiro **Jorge Alves Venâncio**
376 salientou que uma política de valorização de pessoal é essencial para o bom funcionamento do Sistema
377 como um todo. Assim, avaliou que a situação de greve, por exemplo, é resultado da política da equipe
378 econômica de não conceder reajustes aos funcionários públicos (sequer a reposição da inflação).
379 Informou que foram pagos U\$ 10 bilhões ao Fundo Monetário Internacional e esse recurso poderia ser
380 utilizado, por exemplo, para concessão de reajustes aos funcionários públicos federais, entre outras
381 questões. Sobre os vazios de pessoal, disse que é preciso considerar que existem também nas grandes
382 cidades, como nas periferias. A esse respeito, defendeu a formação de profissionais de saúde nas
383 periferias das grandes cidades, com estímulo ao acesso do pessoal da região. Conselheira **Nádia**
384 **Elizabeth Cardoso Barbosa** ressaltou a importância de valorizar o profissional da saúde e concordou
385 que a carreira do SUS é essencial nesse processo. Em relação aos vazios assistenciais, destacou a
386 saúde da população prisional para enfatizar que é preciso estimular e valorizar os profissionais de saúde
387 para atuação de todas as formas. Também salientou que os usuários do SUS necessitam de atendimento
388 multiprofissional – médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas... Conselheira **Eurídice Ferreira de**
389 **Almeida** sentiu-se contemplada nas falas que a antederam e enfatizou o clamor do trabalhador brasileiro
390 para executar o seu trabalho com a qualidade que o povo merece. Apelou ao CNS pela formação de um
391 grupo para verificar *in loco* a situação da saúde no Brasil, avaliando, primeiramente, a estrutura das
392 instituições de ensino e a formação dos profissionais de saúde. Citou, por exemplo, o hospital da Paraíba
393 que está sendo gerido pelo governo, de forma arbitrária, por meio de ordens de serviços e, para reflexão,
394 perguntou que política é essa que o governo deseja implementar. Conselheira **Maria Ermínia Ciliberti**
395 sentiu falta de representante dos trabalhadores na mesa e destacou a dificuldade de democratizar as
396 relações de trabalho no país. Salientou que é preciso pensar no modelo de gestão do trabalho e como
397 democratizar as relações de trabalho. Também disse que é preciso avançar em relação ao modelo de
398 saúde que vem sendo implantado e pensar em um modelo de valorização multiprofissional. Reconheceu
399 o avanço do governo nessas áreas, mas avaliou que é preciso debater questões delicadas como a
400 proposta de regulamentação do ato médico, com valorização multiprofissional. Conselheiro **Fernando da**
401 **Silva Souza** focou a sua fala na questão das especificidades para salientar a dificuldade de atuação de
402 profissionais de saúde em áreas indígenas, considerando contratos precários de contratação e piso
403 nacional de remuneração, sem considerar as especificidades locais, causando prejuízos ao atendimento
404 dessa população. Diante dessa situação, propôs a definição de um espaço (mesa de negociação ou
405 comitê), com a participação do CNS, SESAI e Fórum de Presidentes de CONDISIS, para debate e
406 definição de uma política de RH voltada a populações indígenas. Conselheiro **Marcos Antônio**
407 **Gonçalves** destacou que situações novas como envelhecimento da população, ascensão de classe e
408 maior consumo de bens e busca por mais saúde, demandam saídas inovadoras. Todavia, lembrou que
409 alguns problemas não são tão novos assim. Pontuou a crise na Europa e nos Estados, sem precedentes
410 e os cortes feitos, primeiramente, na área social. Salientou que as demandas maiores estão
411 concentradas nos municípios e os consórcios seriam a alternativa para resolver o problema de falta de
412 atendimento. Ressaltou ainda que hospitais filantrópicos e santas casas são importantes, porque, sem
413 essas instituições, a situação estaria ainda pior. Por fim, defendeu a regulamentação de todas as
414 profissões de saúde e não apenas a Medicina. Conselheiro **Ubiratan Cassano** começou avaliando que
415 hoje há um problema de qualidade na formação universitária dos profissionais da saúde. Quanto às
416 universidades privadas, destacou que, apesar de diversas, oferecem pouca pesquisa, pouca extensão,
417 professores com baixa titulação, apesar de ser uma situação generalizada. Quanto às instituições
418 públicas, pontuou dois problemas, o primeiro deles a necessidade urgente de reestruturação dos
419 hospitais universitários. Em segundo, o problema com o REUNE, pois, apesar de ser uma grande
420 conquista do movimento estudantil brasileiro, há dificuldade para consolidar as ampliações e há muitos
421 cursos de saúde que foram abertos. Na avaliação da UNE, 70% das obras do REUNE estão inacabadas
422 e a entidade fez passeata no último dia 26 e entregou ao Ministro Mercadante carta de reivindicações
423 específicas de cada universidade. Disse que apesar disso tudo os cursos já estão funcionando. Além
424 disso, acrescentou a questão do salário dos professores que estão em greve por uma reivindicação justa.
425 Finalizando, perguntou ao Secretário da SGTES e à equipe da Secretaria como exatamente vai funcionar
426 o acompanhamento e a preceptoria dos profissionais contratados pelo PROVAB. Salientou que essa é
427 uma questão que será acompanhada e avaliou que a formação dos profissionais da saúde se restringe
428 aos anos da graduação. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, registrou a
429 presença de representantes dos conselhos distritais de saúde indígena e de residentes multiprofissional.
430 Conselheiro **Josiano Macedo Lima**, primeiro, lembrou que na última reunião do CNS o Plenário decidiu
431 pautar o debate sobre carreira única para o SUS. Avaliou que há uma situação política em pauta que
432 necessita de uma correlação de forças do controle social e, nessa linha, reiterou a importância de uma
433 audiência pública com a Presidente da República para apresentar o posicionamento do Conselho.
434 Também defendeu mais recursos para o SUS, o que implica em aumentar a parcela do PIB para a saúde.
435 Conselheira **Lígia Bahia**, primeiro, agradeceu publicamente o apoio do MS no processo sobre pesquisa
436 financiada pelo CNPq e pela ANS e informou que o seu relatório da pesquisa foi aprovado. Manifestou

437 satisfação com a presença do Secretário Mozart Sales e ressaltou a importância da presença da SGTES
438 nos debates do Conselho. Salientou que é preciso ampliar a agenda de debate do Conselho, inclusive
439 para se reunir com a Presidente Dilma Rousseff. Frisou que os inimigos do controle social não são os
440 médicos, mas sim a privatização da saúde. Registrou ainda que é favorável à Empresa Brasileira de
441 Serviços Hospitalares, por entender que poderá contribuir para modificar a situação crítica dos hospitais
442 universitários. No mais, disse que defende a carga horária de 30h para a enfermagem com vínculo único
443 e sem plano privado de saúde. Por fim, solicitou a presença do Secretário da SGTES em outras reuniões
444 do Conselho para debater as questões levantadas pelo Plenário. Conselheira Eliane Aparecida da Cruz
445 avaliou que o debate cumpriu o seu objetivo de fazer um balanço e o CNS deveria levantar os pontos
446 prioritários para aprofundar o debate. Resgatou que a orientação da Mesa Diretora do CNS foi pautar o
447 debate sobre trabalho e carreira no SUS, iniciando pelas diretrizes do PCCS aprovadas em 2007 e as
448 iniciativas adotadas até 2012. Como encaminhamento, sugeriu construir, a partir do balanço, uma pauta
449 de debate sobre salário, jornada e democratização das relações de trabalho. Conselheiro **Clóvis**
450 **Boufleur** iniciou a sua fala destacando a afirmação da Presidente Dilma Rousseff, na inauguração da
451 UPA de São Bernardo/SP, de que a saúde será o seu legado. Nesse clima de compromisso, propôs uma
452 resolução de reconhecimento da profissão de agente comunitário de saúde, com criação de piso salarial,
453 conforme definição da 14ª CNS. Também solicitou ao Ministério da Saúde que disponibilize vagas para o
454 CNS (conselheiros que residem no RJ) no VI Seminário Internacional de Atenção Básica, que ocorrerá de
455 29 de julho a 1º de agosto. Conselheira **Maria Cristhina Biz** sentiu falta de uma proposta de carreira
456 multiprofissional para a saúde e perguntou qual é a proposta do governo. Conselheira **Maria Ermínia**
457 **Ciliberti**, como encaminhamento, sugeriu aprofundar o debate sobre saúde baseada em evidências e a
458 relação com o modelo de gestão do trabalho. Além disso, solicitou novo parecer do Ministério da Saúde
459 sobre a proposta de regulamentação do ato médico. Conselheiro **Geraldo Alves Vasconcelos** justificou
460 as suas ausências nas últimas reuniões do CNS por problemas de saúde e informou que não participaria
461 do segundo dia de reunião porque estaria do seminário de comunicação e informação em saúde, em
462 Recife, representando o CNS. Também solicitou que, ao aprofundar o debate do tema, se considerasse
463 como subsídio a Portaria do MS nº. 1.318/2007. Conselheira estadual e municipal/PB, Joana Botelho,
464 saudou a todos os conselheiros na pessoa do Presidente do CNS e apelou ao Ministro da Saúde que
465 faça história com a implantação do plano de cargos, carreiras e salários da saúde, com piso nacional,
466 pactuado entre as três esferas de governo, para resolver o problema da saúde do país. Conselheira
467 **Maria Thereza Antunes** cumprimentou os integrantes da mesa e perguntou como está sendo pensada a
468 proposta de serviço civil em saúde. **Retorno da mesa.** A Secretaria Executiva da Mesa Nacional de
469 Negociação do SUS, **Eliana Pontes de Mendonça**, começou a sua fala esclarecendo que o único pacto
470 sobre carreiras é o protocolo 6, pactuado na Mesa, aprovado pelo CNS e consubstanciado na Portaria nº.
471 1.318/2007. Contudo, ressaltou que poderiam haver novas pactuações que seriam debatidas e
472 aprovadas na Mesa e no CNS. Salientou que a Portaria não prevê carreira única, mas sim diretrizes
473 únicas para nortear a criação de planos de cargos, carreiras e salários, tendo sido negociadas com
474 CONASS, CONASEMS, MS, MT, MPOG, Presidência, MEC e setor privado e filantrópico. Frisou que a
475 proposta de carreira deve ser construída de forma conjunta, com base no modelo definido (protocolo nº.
476 6) e que é preciso incentivar as mesas de negociação na lógica de consolidar os processos de
477 democratização do trabalho. Destacou que Betim e Vitória são bons exemplos de avanços no processo
478 de negociação e definição de carreiras. Também esclareceu que o governo está negociando com o
479 movimento grevista que reivindica melhores condições de trabalho e melhores salários e a intenção é
480 construir alternativas para que a população e trabalhadores sejam vitoriosos nesse processo. Conselheiro
481 **Jurandi Frutuoso** iniciou a sua fala explicando que o CONASS defende carreira para o SUS e não
482 apenas para os profissionais médicos. Também esclareceu que o CONASS não faz intervenção nos
483 Estados, mas sim trabalha com convencimento acerca de propostas que considera relevantes para o
484 SUS, como, por exemplo, a EC nº. 29. Avaliou que a fragilização progressiva do SUS levou ao
485 fortalecimento dos planos privados de saúde e essa situação chegará ao ponto que o sistema privado se
486 tornará insustentável. Concordou que o Decreto nº. 7.508/2011 não contemplou a discussão sobre RH
487 nas regiões e, por isso, reiterou a posição do CONASS de realizar concurso regional e não municipal.
488 Reforçou a importância da participação do Secretário Mozart Sales no debate desse tema, que é
489 essencial para o SUS e concordou que é preciso definir foco no debate e, no caso, deve ser a Portaria nº.
490 1.318/2007. O Secretário da SGTES/MS, **Mozart Júlio Tabosa Sales**, destacou que conceituar "regiões
491 de difícil acesso" é uma tarefa complexa, mas pode ser entendido como áreas com menor padrão de
492 desenvolvimento econômico social, com deslocamento complexo como as regiões de floresta e com
493 dificuldade para fixar profissionais. Sobre o CNES, avaliou que é uma ferramenta interessante que
494 passou por reformulação, inclusive com inclusão de janela para corrigir a plataforma relativa à carga
495 horária. Todavia, o Cadastro não consegue decodificar a força de trabalho em saúde do país. Dessa
496 forma, explicou que a proposta é uma ferramenta que conte com os dados do CNES, da Comissão
497 Nacional, do Sistema AMB e dos conselhos profissionais. Além disso, avaliou que na definição da
498 regionalização da assistência e na pactuação da força de trabalho a atuação do consórcio interfederativo
499 é uma alternativa e é preciso investir nela. Também destacou que o Ministério da Saúde e as suas

500 Secretarias tem buscado construir diálogo com o movimento da greve e encontrar saída para o impasse
501 com a classe trabalhadora do MS. Concordou ainda que é preciso dedicar-se à questão da saúde
502 prisional e comprometeu-se a incluir esse tema na agenda da Secretaria e dialogar com as escolas de
503 saúde pública dos estados na linha de qualificar e capacitar a força de trabalho que atua na área. A
504 respeito da saúde indígena, informou que será publicada Portaria conjunta - SGTES e SESAI - com um
505 conjunto de ações e intervenções no que se refere à formação e à força de trabalho. Informou também
506 que será lançado PET Saúde Indígena e novas ações voltadas à educação permanente e à graduação e
507 pós-graduação. Concordou que o debate deve se ater às diretrizes pactuadas na Portaria nº. 1.318/2007
508 e à definição de estratégias para interferir nessa formulação. Salientou que a atenção básica pode ser um
509 espaço para discussão e estruturação de carreira, com acesso universal, seleção pública, mobilidade,
510 segurança e garantia ao trabalhador. A respeito do serviço civil, explicou que o parecer do MS foi
511 favorável e esse é um debate que precisa ser aprofundado, uma vez que o país dispõe de diversas
512 alternativas para provimento. Por fim, comprometeu-se a aprofundar o debate da carreira nas mesas de
513 negociação e com os gestores estaduais e municipais. Encaminhando, Conselheiro **Alexandre Rocha**
514 **Padilha**, Presidente do CNS, sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: criar um GT
515 para debate sobre gestão do trabalho na saúde indígena – tratar desse tema na Mesa de Negociação; e
516 elaborar minuta de resolução, a ser submetida à apreciação do Plenário do CNS, de reconhecimento da
517 profissão de agente comunitário de saúde, inclusive com criação de piso salarial, conforme deliberação
518 da 14ª CNS. Conselheiro **Fernando Souza** acrescentou a proposta de realizar fóruns ou seminários
519 regionais de saúde indígena. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu articulação com
520 parlamentares para realização de audiência pública sobre carreira do SUS e serviço civil. Conselheiro
521 **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu que essa proposta também seja remetida à
522 Mesa de Negociação. **Deliberação: não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou as**
523 **seguintes propostas que emergiram do debate: 1) remeter para a Mesa Nacional de Negociação do**
524 **SUS a criação de um GT para debate sobre gestão do trabalho na saúde indígena e a proposta de**
525 **realização de um fórum ou seminário regional de trabalhadores indígenas; 2) elaborar minuta de**
526 **resolução, a ser submetida à apreciação do Plenário do CNS, de reconhecimento da profissão de**
527 **agente comunitário de saúde, inclusive com criação de piso salarial, conforme deliberação da 14ª**
528 **CNS (responsável: conselheiro Clóvis Boufleur); e 3) articular, junto com parlamentares, audiência**
529 **pública para debater os temas “carreira do SUS e serviço civil”**.

530 Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, informou que a Comissão de Seguridade Social tem a intenção de realizar
531 audiência pública sobre carreira do SUS e gestão de trabalho. Conselheiro **Nelson Mussolini** aproveitou
532 para fazer a entrega oficial do estudo da Confederação Nacional da Indústria - CNI e do Instituto
533 Brasileiro de Planejamento Tributário “Redução do ICMS sobre medicamentos” ao Presidente do CNS e
534 ao representante do CONASS. Segundo o conselheiro, o estudo demonstra que uma boa gestão
535 tributária possibilita redução do ICMS e, consequentemente, redução do preço do medicamento,
536 aumentando o acesso e a arrecadação. Citou o Estado do Paraná que ampliou em 80% a arrecadação,
537 em quatro anos, graças a uma boa gestão tributária e a redução do ICMS de dezoito produtos. Solicitou
538 ao Ministro da Saúde e ao conselheiro Jurandi Frutuoso que abrace essa causa que amplia o acesso da
539 população. Com isso, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião.
540 Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – COMISSÃO PERMANENTE DE**
541 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN/CNS – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS 2012**
542 **– RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - RAG 2011 – RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE 2012 –**
543 **PROPOSTA DE RESOLUÇÃO** - Apresentação: Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador
544 Adjunto da COFIN/CNS; **Arionaldo Bomfim Rosendo**, Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento
545 e Orçamento – SPO/MS; **José Carlos Moraes**, da Secretaria Executiva do CNS; e **Francisco Funcia**,
546 assessor especial da COFIN/CNS. Coordenação: conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da
547 Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador Adjunto da
548 COFIN/CNS, justificou a ausência do coordenador da COFIN e fez considerações sobre o processo de
549 discussão do RAG 2011. Salientou que o CNS é partícipe dos processos de decisão sobre a execução
550 orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e a Lei nº. 141/2012 ampliou as responsabilidades do
551 Conselho em relação aos instrumentos de gestão - PPA, LOA, PNS. Todavia, o RAG, apresentado e
552 analisado pela COFIN/CNS, não recebeu contribuições dos conselheiros. Lembrou, inclusive, que está
553 em processo de elaboração a LOA 2013 e o CNS deve analisar essa proposta. Após essas
554 considerações iniciais, o assessor especial da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou o parecer
555 técnico da COFIN/CNS sobre o RAG 2011. Explicou que a metodologia utilizada para analisar o RAG
556 2011 foi o cumprimento dos dispositivos da legislação que rege a gestão do SUS, bem como a
557 incorporação das ressalvas e de outros aspectos relacionados à gestão, em especial ao fortalecimento do
558 processo de financiamento do SUS, por parte do Ministério da Saúde. Dos 26 quesitos analisados sobre
559 a conformidade dos aspectos formais do RAG 2011, “atende” obteve 4 (quatro) indicações (15%), “atende
560 parcialmente” obteve 9 (nove) indicações (35%) e “não atende” obteve 12 (doze) indicações (46%), além
561 da impossibilidade de avaliação de um quesito pelo fato de o processo ainda estar em andamento e no
562 prazo estabelecido. Surgiram também 44 perguntas distribuídas ao longo da análise realizada, diante da

563 necessidade de obtenção de esclarecimentos para pontos inexistentes ou pouco claros no RAG 2011.
564 Explicou que no dia 4 de maio a COFIN/CNS recebeu as respostas da SPO/MS para a maioria das
565 perguntas formuladas. Em complemento, a Secretaria encaminhou respostas em 8, 11 e 15 de maio.
566 Inicialmente, destacou que houve importante complementação de informações para algumas das
567 questões formuladas pela COFIN, com tabelas ilustrando as respostas dadas e atendendo as
568 informações solicitadas pela COFIN/CNS e, até então, não atendidas nas edições anteriores dos RAGs
569 (por exemplo, sobre restos a pagar inscritos, pagos e cancelados desde 2000, sobre atenção básica em
570 relação à média e alta complexidade, etc.), bem como foram revisadas parcialmente as informações
571 prestadas. Apesar de uma parte das questões não ter sido respondida, a SPO/MS buscou atender à
572 solicitação de elaboração de um quadro comparativo entre as metas previstas e os resultados
573 alcançados. Ressaltou que foi possível constatar que a SPO/MS respondeu às perguntas formuladas
574 pela COFIN/CNS com mais celeridade e com mais informações que nos anos anteriores. Porém, não foi
575 superada a desobediência aos aspectos formais do RAG fixados pelas portarias nºs. 3.332/2006 e
576 3.176/2008. E, ainda mais grave, ficou evidenciado o descumprimento da legislação do SUS sobre: a) a
577 proporção de transferências a Estados e Municípios pelo critério per capita (50%): além de não
578 observada essa proporção, o critério per capita não foi calculado nos termos da lei (pelo quociente do
579 valor total pelo número de habitantes); b) o total da transferência mínima de 70% aos municípios em
580 relação ao total transferido: a transferência atingiu 69,5%; c) a aplicação mínima de 15% (equivalente a
581 R\$ 11,77 bilhões) referente às transferências aos municípios para aplicação em atenção básica: foi
582 efetivada R\$ 6,8 bilhões; d) a movimentação financeira exclusivamente pelo Fundo Nacional de Saúde,
583 inclusive do repasse financeiro proporcional ao fixado no orçamento para as diferentes áreas, o que
584 representaria também isonomia ao procedimento adotado pelo DENASUS nas auditorias realizadas em
585 Estados e Municípios: não foi realizada dessa forma, mas somente nas datas e nos valores
586 correspondentes aos pagamentos das despesas; e) o cômputo em ações e serviços de saúde para o
587 cálculo da aplicação mínima de despesas que não observaram o princípio do acesso universal,
588 representando também falta de isonomia ao procedimento adotado pelo DENASUS nas auditorias
589 realizadas em Estados e Municípios: foram computadas despesas com assistência médica a servidores,
590 com o total gasto com farmácia popular e com despesas financiadas com receitas próprias do MS
591 (DPVAT, taxas, etc.), assim definidas nos termos das respectivas legislações, o que caracteriza “dupla
592 contagem” ou “retroalimentação” do processo de financiamento; f) o contingenciamento e a limitação
593 financeira que transformam a referência para os gastos mínimos (piso) como gastos máximos (teto) em
594 prejuízo da utilização de recursos autorizados na lei orçamentária para ações e serviços de saúde, além
595 do fato da disponibilização financeira ser inferior às necessidades totais de pagamento (das despesas
596 empenhadas em 2012 mais os saldos a pagar de restos a pagar); g) ausência de compensação dos
597 valores cancelados de restos a pagar, na medida em que esses empenhos foram computados no cálculo
598 da aplicação mínima do respectivo exercício e quando cancelados representaram de fato e de direito o
599 cancelamento dos atos que deram materialidade para aquela aplicação computada anteriormente.
600 Salientou que todos esses pontos fizeram parte, entre outras, das ressalvas apontadas nas análises do
601 CNS sobre os RAGs 2008, 2009 e 2010, sendo que vários compromissos foram assumidos pelo MS para
602 encaminhar as ressalvas na Reunião do CNS que aprovou o RAG 2010, principalmente em relação à
603 recomposição de recursos ao orçamento da saúde, com a área econômica do governo, mas nenhuma
604 informação foi recebida pelo CNS sobre essas tratativas. Em outros termos, a maioria das perguntas de
605 esclarecimento feitas a partir da análise deste RAG 2011 dizia respeito às ressalvas apresentadas nos
606 anos anteriores. Ou seja, já eram de conhecimento do gestor federal desde 2009, quando da análise do
607 RAG 2008, bem como nas edições seguintes e, mesmo assim, não foram incorporadas durante a gestão
608 do MS de 2011, pelo menos não foram evidenciadas no RAG 2011, nem nas respostas iniciais e
609 complementares encaminhadas pela SPO/MS. Além disso, salientou que o recente “Acórdão nº.
610 958/2012 – TCU – Plenário” ratifica o posicionamento da COFIN/CNS sobre a necessidade de
611 fortalecimento do processo de financiamento do SUS, especialmente quando recomenda ao Ministério da
612 Saúde que “em conjunto com outros técnicos do governo, promova estudos com vistas a aumentar a
613 participação da Função Saúde no total da Despesa Realizada por Função” (grifo nosso), bem como
614 quando o voto do Ministro-Relator afirma que “investimento na saúde pública não pode ser pensado
615 apenas como o cumprimento de um mínimo constitucional” (grifo nosso). Portanto, à luz de todas as
616 considerações apresentadas pela COFIN/CNS na análise deste RAG 2011 do MS, especialmente aos
617 apontamentos referentes ao não atendimento de 46% dos quesitos que tratam dos aspectos formais do
618 RAG e ao não atendimento da legislação do SUS no que tange aos 7 aspectos relacionados
619 anteriormente nos itens “a” a “g” que caracterizaram a execução orçamentária de 2011 e anos anteriores.
620 Ainda diante do cenário apresentado até o momento no que se refere às justificativas apresentadas pela
621 SPO/MS, disse que a COFIN/CNS recomenda ao Plenário do CNS a rejeição do RAG 2011 do MS. A
622 seguir, fez uso da palavra o Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, **Arionaldo Bomfim**
623 **Rosendo**, que iniciou destacando a importância daquele momento para dialogar com o Conselho e
624 ratificar posicionamentos anteriores. Destacou que os marcos básicos no processo de construção do
625 SUS são as Leis nºs 8.080/90 e 8.1442, além da EC nº 29/2000 e a Lei nº. 141/2012 trouxe novidades.

626 Salientou também que as colocações feitas pelo CNS são as mesmas feitas ao longo dos últimos dez
627 anos. Disse que é preciso levar em conta que o Poder Executivo deve seguir o arcabouço legal para
628 cumprir o disposto na legislação e considerar os anseios da sociedade, representada pelo CNS.
629 Inclusive, frisou que o MS trabalha seguindo a obrigação de apresentar respostas às instâncias de
630 representação da sociedade, em especial ao Conselho. No mais, salientou que na construção de uma Lei
631 Orçamentária deve-se seguir uma série de preceitos legais de agregação de despesa e a COFIN verifica
632 se na concepção da funcional programática isso foi feito ou não. Seguindo, comentou os itens apontados
633 pela COFIN como descumprimento da legislação do SUS. Explicou que não seria coerente dizer que o
634 envio de R\$ 6 bilhões para 5.500 municípios para compra de medicamento significaria ganho maior do
635 que se a compra fosse feita de forma centralizada. Também esclareceu que o MS está trabalhando para
636 disponibilizar as informações dos municípios a serem beneficiados com a compra descentralizada, a fim
637 de encaminhar inclusive para o CNS. A respeito do Acórdão do TCU, disse que o Tribunal está
638 cumprindo o seu papel, todavia, o Poder Executivo, antes de ampliar os limites para ações e serviços de
639 saúde, deve assegurar o cumprimento do limite estabelecido pela CF/88. Frisou que é preciso considerar
640 a árdua tarefa do MS de assegurar o estabelecido na CF e buscar recursos adicionais para saúde. A
641 respeito do contingenciamento e do aporte financeiro, esclareceu que nenhuma despesa deixou de ser
642 paga por conta de limitação de recursos financeiros, inclusive os restos a pagar (não ordem de R\$ 14 bi).
643 Explicou que na discussão do RAG 2011 a SPO apresentou à COFIN dois relatórios com o detalhamento
644 dos Restos a Pagar e os motivos do não pagamento (convênios inscritos em restos a pagar e pendências
645 que Estados e Municípios deviam cumprir para pagamento, pelo MS). Também frisou que o MS é
646 favorável à reposição de restos a pagar e aguarda julgamento do TCU sobre ação interposta pela AGU a
647 respeito do cancelamento dos restos a pagar a partir de 2010. Destacou ainda que os percentuais de
648 aplicação devem ser trabalhados na elaboração da proposta orçamentária e argumentou que, sendo a
649 proposta orçamentária aprovada pelo CNS executada integralmente, não há como haver cobrança sobre
650 a destinação de recurso na análise do Relatório de Gestão. Finalizando, destacou que o Ministério da
651 Saúde está construindo o SUS em um processo democrático com vistas a cumprir o definido pela
652 legislação, com diálogo entre CONASS e CONASEMS. Afirmou que o Ministério da Saúde vem
653 cumprindo taxativamente a determinação da Lei de Diretrizes Orçamentárias em relação à aplicação em
654 ações e serviços de saúde. O representante da Secretaria Executiva do MS, **José Carlos Moraes**,
655 destacou o esforço do MS para cumprir as determinações das estruturas de planejamento e orçamento,
656 todavia ponderou que o governo federal possui limitações. Acrescentou que desde 2003 o Ministério da
657 Saúde trabalha com cronograma de desembolso, ou seja, os recursos arrecadados pelo governo
658 compõem as fontes de receitas que agregaram recursos para a saúde e são feitas liberações mensais.
659 Em que pese as dificuldades, o Ministério da Saúde tem cumprido os seus compromissos de pagamento
660 para o Sistema. A respeito dos restos a pagar, explicou que 95% não são gerados por ação direta do MS,
661 mas sim do Sistema de Saúde (por exemplo, empenho para convênio sem desembolso). Também
662 destacou que os relatórios com detalhamento dos restos a pagar elaborados pela SPO e entregues à
663 COFIN contribuem para qualificar o debate. Explicou que no primeiro semestre de 2012 foram pagos
664 quase R\$ 5 bilhões de restos a pagar, o que não impossibilitou honrar os pagamentos para o Sistema ou
665 para as ações diretas do Ministério da Saúde. Registrhou o respeito ao CNS e à COFIN e salientou o
666 esforço do MS para construir respostas qualificadas às demandas da Comissão. Também disse que está
667 sendo construída solução de informática para contemplar o ganho por escala, por exemplo, com a
668 compra centralizada de medicamento, a fim de agregar essa informação. Fez um destaque à Lei nº.
669 141/2012 que prevê nova metodologia para transferência de recurso, alinhada com quatorze critérios
670 definidos na Lei e os da Lei nº. 8.080/1990, devendo esses critérios serem aprovados pelo Conselho.
671 Além disso, enquanto um dos formuladores do regramento das Leis nº. 8.080/1990 e 8.142/1990,
672 explicou que o valor per capita jamais foi praticado por conta de uma impossibilidade fática e, portanto, foi
673 revogado pela Lei como também a definição do percentual de 15%. Destacou que esse debate poderá
674 ser ampliado em 2012 e 2013 e, do ponto de vista do governo, salientou que se trata de uma discussão
675 política de concepção. Também explicou que o Ministério da Saúde analisará o relatório da COFIN e
676 reforçou o compromisso de responder as demandas do Conselho, considerando a limitação da estrutura
677 de Estado e de governo. **Manifestações.** Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a Plenária
678 de Conselhos apontou a necessidade de os conselheiros de saúde compreender e se manifestar sobre o
679 RAG. Salientou que o debate do RAG no CNS é um passo importante e hoje o Conselho consegue
680 acompanhar melhor a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde por conta do processo
681 metodológico e da articulação com o Ministério. Na condição de representante do MS, destacou que as
682 questões colocadas pela COFIN foram debatidas no âmbito do Ministério da Saúde – restos a pagar, por
683 exemplo. Também disse que as reuniões da COFIN com as áreas do MS são importantes, todavia, é
684 preciso registrar os debates para contemplar as demandas nos instrumentos do Ministério. Como
685 encaminhamento, sugeriu que fosse destinado prazo até a próxima reunião para que o Ministério da
686 Saúde se positione a respeito do relatório da COFIN. Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou a
687 COFIN pela excelência do trabalho de análise do RAG e salientou que, diante dos fatos, o parecer da
688 COFIN seria pela não aprovação do Relatório. Lembrou que, em 2011, o CNS aprovou o Relatório com

689 ressalvas, mas se observa que os apontamentos do Conselho não foram incorporados no processo de
690 gestão pelo Ministério da Saúde. Desse modo, manifestou preocupação com a prática de aprovação dos
691 instrumentos de gestão do Ministério da Saúde com ressalvas e solicitou aos representantes do MS que
692 sinalizassem os aspectos que poderiam ser modificados até a próxima reunião do Conselho. Em relação
693 aos restos a pagar, pontuou que há um problema grave de caixa que precisa ser resolvido para honrar os
694 compromissos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** iniciou a sua fala reiterando, de um lado, o
695 compromisso da equipe do MS com a questão orçamentária e financeira e, de outro, os limites, uma vez
696 que esse debate não se restingue apenas a esse Ministério. Também cumprimentou a COFIN, na pessoa
697 do assessor Funcia, pela excelência do trabalho e defendeu a divulgação do relatório de análise do RAG.
698 Salientou que o objetivo principal da COFIN é auxiliar o MS e concordou com a transferência da
699 aprovação do Relatório por mais 30 dias, apesar de entender que não será possível modificar o
700 explicitado no relatório da Comissão. Conselheira **Jurema Werneck** reconheceu e agradeceu o trabalho
701 da COFIN e frisou que o CNS possui um dos melhores recursos para o bom funcionamento do SUS.
702 Também manifestou satisfação com a posição do MS de resolver o que deve ser resolvido, conforme
703 determina a Lei e concordou com a solicitação de aguardar 30 dias para que o Ministério resolva os
704 problemas. No mais, solicitou pronunciamento do CONASS e do CONASEMS acerca dos entraves à
705 gestão, ao financiamento do SUS, aos restos a pagar e os encaminhamentos para solucionar os
706 problemas. Por fim, concordou que houve melhoria no processo de acompanhamento da execução
707 orçamentária e financeira do MS por conta do esforço do Ministério em responder as demandas e pela
708 crescente competência do CNS. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** fez referência ao § 1º, art. 35 da
709 Lei nº. 8.080/1990 para salientar a dificuldade de cumprimento do critério de transferência ou de sua
710 reformulação. Desse modo, ressaltou que é preciso tensionar para que não haja mais demora para
711 cumprir a legislação. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** destacou o novo processo de condução para dar
712 respostas mais rápidas às demandas e salientou a competência e a responsabilidade da equipe do MS
713 para dar conta das questões colocadas. No mais, ratificou a proposta de definir um prazo para que a
714 equipe do Ministério responda às questões apontadas pela COFIN. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**
715 de **Andrade** avaliou que a prestação de contas do Ministério da Saúde ao CNS representa um avanço
716 para o SUS e para o fortalecimento do controle social. Pontuou ainda como um dos principais avanços do
717 Decreto nº. 7.508/2011 o fortalecimento do Plano Municipal de Saúde e do Relatório Anual de Gestão.
718 Também lembrou que o empenho é feito pelo Ministério da Saúde e a execução pelos municípios (são
719 5.565 municípios) e destacou que a execução orçamentária do Ministério em 2011 foi de 99%. Salientou
720 que o trabalho de acompanhamento do CNS é importante e o diálogo essencial para a construção do
721 processo de análise da execução orçamentária. Conselheiro **Arilson Cardoso** também reiterou os
722 elogios à COFIN e salientou que a atuação da Comissão deve ser um modelo para os conselhos de
723 saúde das demais esferas. Também endossou a proposta de destinar o prazo de 30 dias para
724 manifestação do MS acerca do relatório da COFIN. **Retorno da mesa.** O Subsecretário de Planejamento
725 e Orçamento/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, explicou que a Secretaria fará a juntada de informações
726 para colocar à disposição da COFIN e construir um posicionamento para submeter ao Conselho. Acerca
727 da aprovação da peça orçamentária com ressalva, explicou que é impossível demonstrar questões
728 diferentes do que foi aprovado. Destacou, por exemplo, a impossibilidade de repasse de 50% do recurso
729 de forma per capita, desconsiderando a capacidade instalada. Lembrou que a EC nº. 29, determina, entre
730 outras questões, a obrigatoriedade de aporte de 12%, por parte dos Estados, e 15%, por parte dos
731 municípios, para, entre outras questões, construir a capacidade instalada. Salientou que onde é possível
732 remunerar de forma per capita isso tem sido feito e ponderou sobre a viabilidade de repassar recursos
733 aos municípios, por exemplo, para compra de medicamento e disponibilização para a população.
734 Esclareceu que o entendimento do MS é que o escopo da regulamentação da Lei nº. 8.080/1990, por
735 meio da Lei nº. 141/2012, vinha ao encontro do definido pelo CNS. Assim, esse Ministério trabalhou com
736 a área econômica para evitar vetos ao que o CNS defendia como fundamental. O representante da
737 Secretaria Executiva do MS, **José Carlos Moraes**, respondeu que na análise do relatório da COFIN é
738 preciso considerar as questões fáticas como a impossibilidade de reverter a não alocação de 50%, no
739 mínimo, para Estados e Municípios. Inclusive, acrescentou que o Sistema não aplica esse percentual há
740 22 anos, do ponto de vista objetivo. Explicou que o Ministério da Saúde poderá justificar na resposta o
741 que essa decisão poderia gerar. A respeito dos restos a pagar, esclareceu que o Ministério poderá
742 detalhar o pagamento dos R\$ 5 bilhões e mostrar que esse pagamento não prejudicou o pagamento ao
743 Sistema e a eventuais fornecedores. Reiterou o seu respeito pelo trabalho da COFIN, apesar das
744 divergências por questões metodológicas e frisou que o MS responderá as questões colocadas pela
745 Comissão. Também explicou que o novo formato de detalhamento das despesas no Relatório Resumido
746 de Execução Orçamentária permitirá controle concomitante dos órgãos de fiscalização (TCU, por
747 exemplo) e dos gestores, trazendo inovações do ponto de vista de acompanhamento. Acrescentou que
748 esse relatório terá interface com SIOPS e será anexado à execução do relatório de gestão. Esclareceu
749 que a intenção é superar essa etapa de apreciação do RAG 2011 e passar ao estágio de construção de
750 novas ferramentas. Por fim, reiterou o esforço do Ministério da Saúde, em janeiro de 2012, para garantir
751 que as questões acumuladas ao longo do debate não fossem desconstruídas por vetos. O assessor da

752 COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, agradeceu os elogios e disse que espera responder ao que o CNS
753 almeja. Avaliou que o momento é de mudança no debate em torno da prestação de contas e salientou
754 que é preciso considerar que a rotina da máquina pública demanda tempo e as questões levantadas pela
755 COFIN devem ser agregadas à rotina de trabalho da SPO. No seu entendimento, na prática, está sendo
756 construída uma rotina com o MS, o que é salutar para o fortalecimento do SUS e a construção de uma
757 nova sociedade. Esclareceu que o Relatório da COFIN/CMS apresenta comentários da Comissão nos
758 respectivos tópicos e/ou parágrafos do RAG, além das respostas da SPO, as réplicas da COFIN/CNS e o
759 parecer técnico da Comissão. Em relação aos restos a pagar, disse que é preciso discutir os fluxos de
760 processos que podem gerar – repasse de recursos no final do ano, problemas no projeto dos municípios,
761 por exemplo. Salientou que esse e outros aspectos podem ser aprofundados em uma agenda de debate
762 para construção dos mecanismos de monitoramento. Frisou que é possível evoluir no debate do RAG
763 2011, inclusive a partir das respostas a serem dadas pelo Ministério. Conselheiro **Luiz Odorico de**
764 **Andrade** destacou que o debate está evoluindo e para que avance ainda mais é preciso entender a
765 complexidade, uma vez que o RAG do Ministério da Saúde é um relatório interfederativo. Também frisou
766 que nada deixou de ser pago por falta de recursos e que os restos a pagar não significam omissão de
767 recursos da saúde. Salientou que parte dos Restos a Pagar refere-se à relação interfederativa e à
768 complexidade que lhe é peculiar. O assessor da COFIN/CNS também colocou o entendimento da COFIN
769 de que os recursos devem ser centralizados no Fundo Nacional de Saúde. Conselheiro **Luiz Odorico de**
770 **Andrade** disse que é preciso separar o debate ideológico do CNS na relação do setor saúde com a
771 fazenda do valor a ser agregado no RAG. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que é
772 prerrogativa do CNS analisar o Relatório com base em valores e o entendimento da Comissão é que não
773 cabe ao Conselho fazer uma análise de um relatório de gerência, mas sim de gestão. Destacou que as
774 ressalvas expressas no Relatório traz a possibilidade de o CNS cumprir o seu papel de análise dos
775 instrumentos de gestão do Ministério da Saúde. Nessa linha, frisou que não se deve terceirizar à COFIN
776 a tarefa do CNS de debater o Relatório, cabendo à Comissão trazer subsídios ao Conselho para fazer
777 avançar o controle. Finalizando, manifestou concordância com a proposta de destinar prazo para que o
778 MS discuta as observações colocadas no Relatório. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS,
779 **Arionaldo Bomfim Rosendo**, fez uso da palavra para esclarecer que os restos a pagar do Ministério da
780 Saúde em 2012 totalizam R\$ 14 bilhões, sendo R\$ 8 bilhões de 2011 e R\$ 6 bilhões de 2002 a 2010.
781 Disse que os R\$ 4,9 bilhões pagos dizem respeito aos R\$ 8 bilhões inscritos em 2011 (em seis meses, o
782 MS pagou 50% dos restos a pagar inscritos em 2011). Também esclareceu que o Fundo Nacional de
783 Saúde empenhou em junho de 2012 R\$ 29,3 bilhões e até o momento foram pagos R\$ 24 bilhões.
784 Explicou que o decreto de programação financeira, que autoriza o MS a inscrever para 2012 R\$ 14
785 bilhões, autoriza o pagamento desses restos a pagar. Encaminhando, Conselheiro **Jorge de Almeida**
786 **Venâncio** consultou o Plenário se havia concordância com a proposta apresentada pela conselheira
787 Eliane Cruz. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou ao MS que considerasse na análise, além dos
788 questionamentos feitos, os entraves burocráticos no âmbito do governo e do Ministério da Saúde a serem
789 superados para melhorar a “complexidade da gestão do serviço público” e agilizar a execução
790 orçamentária. **Deliberação: o Plenário definiu o prazo de 30 dias para que o Ministério da Saúde**
791 **responda às questões levantadas pela COFIN na análise do RAG 2011 e o questionamento feito**
792 **pelo conselheiro Clóvis Boufleur (quais os entraves burocráticos no âmbito do governo e do**
793 **Ministério da Saúde a serem superados para melhorar a “complexidade da gestão do serviço**
794 **público” e agilizar a execução orçamentária).** O tema retorna na próxima reunião do Conselho.
795 **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS-2012** – Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** informou que
796 a PAS 2012 está sob a análise da COFIN e deve ser retomada na próxima reunião do CNS. Conselheiro
797 **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que a PAS já fora apresentada ao Plenário do CNS e até o
798 momento a Comissão não recebeu nenhuma contribuição dos conselheiros. Desse modo, reforçou o
799 pedido aos conselheiros que avaliem a Programação. **RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE 2012** –
800 Conselheiro **Jorge Alves Venâncio** explicou que a Comissão aguarda posicionamento da SPO sobre o
801 Relatório Quadrimestral de 2012 e o tema retorna na próxima reunião. **RESOLUÇÃO** – Conselheiro
802 **Francisco Batista Júnior** explicou que o texto elaborado por ele foi submetido à COFIN para avaliação a
803 partir da Lei nº. 141/2012. Assim, solicitou que o coordenador da COFIN apresentasse as propostas de
804 modificação a sua proposta. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** esclareceu que a COFIN/CNS fez
805 sugestões ao texto da Resolução, mas entende que se deve aguardar a regulamentação da Lei nº.
806 141/2012 para se manifestar sobre o mérito da proposta. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** lembrou
807 que nos últimos quatro meses tem tentado debater a proposta de resolução, mas tem enfrentado
808 dificuldades. A respeito da posição da COFIN, disse que tinha divergência. Explicou que estava em
809 debate naquele momento um processo de desrespeito às decisões dos conselhos de saúde nas esferas
810 estaduais e municipais e o CNS deveria manifestar-se sobre essa situação. Citou, por exemplo, a
811 terceirização dos serviços de saúde no Rio Grande do Norte, desrespeitando as decisões do Conselho
812 Estadual de Saúde. Salientou que a proposta era aprovar uma resolução que levasse o MS e o CNS a
813 tomar posição sobre o que ocorre no país, independente da regulamentação da LC nº. 141/2012. Na sua
814 visão, esse é o momento de o CNS responder ao país que não concorda com o sistemático desrespeito

815 aos conselhos de saúde, que se reproduz das mais diversas formas, particularmente em relação à
816 terceirização e privatização do Sistema e ao desmonte dos conselhos de saúde. Conselheiro **Alcides**
817 **Silva de Miranda** explicou que no país há procedimentos que decorrem da necessidade de definir
818 critérios e prazos para aplicabilidade da legislação, todavia, a Lei 141/2012 não define um prazo para
819 adaptação. Por outro lado, há questões claras como, por exemplo, a sessão 4 da Lei que estabelece os
820 conselhos de saúde, tribunais de contas e sistemas de auditorias como órgãos fiscalizadores. Além disso,
821 define prerrogativas claras acerca da programação financeira. Assim, a deliberação de um conselho de
822 saúde sobre a irregularidade de contratação ou uma forma de agenciamento da responsabilidade
823 governamental deve ser cumprida. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** reiterou a sua preocupação com a
824 proposta de “suspensão de recursos” de quem “supostamente” desvia recursos sem a base legal, o que
825 não significa defesa de má gestão. Desse modo, defendeu a proposta de solicitar parecer jurídico sobre o
826 mérito da resolução, por entender que não é possível decidir sobre um assunto dessa gravidade sem
827 base jurídica. Conselheiro **Arilson Cardoso** reforçou a proposta de solicitar parecer jurídico sobre o
828 mérito da resolução, por entender que a determinação de suspensão de repasse de recursos não pode
829 ser feita sem ampla discussão a respeito da irregularidade. Além disso, salientou que o prejuízo do corte
830 de repasse de recurso é irreparável, uma vez que os municípios dependem dos recursos do Ministério da
831 Saúde para assegurar a assistência aos usuários do SUS. Na sua visão, é preciso definir outro tipo de
832 mecanismo para atuar nessa situação que não a suspensão de recurso. Frisou ainda que cada município
833 possui seus órgãos de controle e fiscalização, não cabendo ao CNS decidir sobre a suspensão de
834 repasse de recursos. Conselheiro **Jorge de Almeida Venâncio** avaliou que há situações absurdas
835 ocorrendo no país, como a interferência na eleição do CMS/SP, e concordou que é preciso iniciativas
836 concretas. Contudo, de outro lado, ponderou se o CNS deveria tomar uma decisão que poderia não ter
837 sustentação jurídica e ter que retroceder posteriormente. Além disso, salientou que a LC nº. 141/2012,
838 apesar de não ser ideal, trouxe avanços como o fortalecimento do controle social. Diante desses
839 argumentos, propôs que o CNS tente contribuir com a regulamentação dessa Lei ao invés de aprovar
840 uma resolução. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, primeiro, pontuou que é preciso tomar
841 providências diante do desmonte dos conselhos e desrespeito as suas decisões. A propósito, lembrou a
842 resolução do CNS contrária à decisão do governo de São Paulo de transferir 25% dos leitos para a
843 iniciativa privada e o parecer do MP de SP no mesmo sentido dessa decisão do Conselho. No caso da
844 resolução em debate, avaliou que o foco deve ser o cumprimento das decisões dos conselhos de saúde e
845 não a suspensão do repasse dos recursos. Ressaltou que, primeiro, é preciso sensibilizar os gestores do
846 SUS sobre a importância das deliberações dos conselhos e a suspensão de repasse de recursos deve
847 ser a última opção. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** colocou o entendimento que a Lei nº.
848 141/2012 aponta no sentido de convencer que os conselhos de saúde tem o poder de garantir que o
849 financiamento atenda as demandas da sociedade. Todavia, ponderou que a implementação das ações
850 depende de disponibilidade orçamentária. Lembrou que no final de 2011 denunciou a disponibilização de
851 órgãos para o Sistema Nacional de Transplantes e a não realização de transplantes no Rio Grande do
852 Norte. Salientou que a não execução de uma verba prejudica o usuário que fica sem o serviço ou recebe
853 um serviço desigual. Frisou que é preciso verificar a situação in loco, uma vez que o Ministério Público
854 atua de posse de elementos e comparar o que é efeito em comparação ao que se gasta, haja vista as
855 mortes dos usuários do Sistema. Salientou que o CNS deve manifestar-se sobre as denúncias que
856 chegam a esse Colegiado até mesmo para incentivar os conselheiros a continuar o trabalho de controle e
857 a fiscalização. Por fim, defendeu uma resolução que seja ascendente – do município até a esfera
858 nacional – com verificação in loco para levantar subsídios para deliberação, inclusive, com suspensão de
859 verba. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu que a sua proposta não é suspender repasse
860 de recursos aos municípios de forma generalizada, mas sim cobrar do MS uma ação contundente diante
861 de ações sem respaldo dos conselhos de saúde. Informou que o MS está suspendendo repasse de
862 recursos a equipes do PSF com composição ilegal, o que, no seu modo de ver, é correto do ponto de
863 vista jurídico e equivocado do ponto de vista político. Disse que a suspensão de repasse por conta da
864 ausência do profissional médico penaliza uma equipe que pode realizar ações sem a presença de um
865 profissional e supervaloriza uma profissão. Também avaliou que “penalizar a corrupção” é repassar
866 recursos para gestor corrupto que desvia recursos, privatiza o Sistema, precariza o trabalho. Ressaltou
867 que a sua proposta é uma forma de o CNS manifestar se concorda ou não com o recorrente desrespeito
868 dos conselhos de saúde. Lembrou ainda a decisão do Ministro da Saúde em habilitar uma UPA em um
869 local onde o Secretário de Saúde foi acusado de corrupção. Citou a liminar do Tribunal de Justiça de São
870 Paulo, do dia 4 de julho, determinando que a prefeitura de São Paulo cumpra imediatamente a
871 deliberação do pleno do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que anulou novas regras para escolha de
872 conselheiros da gestão 2012/2013 impostas pela Secretaria de Saúde, por entender que é um exemplo
873 de reforço da importância das decisões dos conselhos. Acrescentou que essa decisão sinaliza a
874 importância de respeitar as decisões dos conselhos de saúde. Conselheiro **Luiz Odorico de Andrade**
875 ressaltou que a suspensão de recursos prejudica a população e que é um equívoco do CNS tentar
876 substituir o Judiciário. Além disso, lembrou que o papel do CNS é restrito a sua esfera de atuação,
877 portanto, é um erro tentar sobrepor aos conselhos de saúde. Também disse que o Ministro da Saúde não

878 pode ser acusado por habilitar uma UPA em um local onde o Secretário de Saúde é acusado de
879 corrupção. Lembrou que o CNS deliberou pelo descredenciamento e desabilitação de municípios em
880 situações pontuais (Amargosa/BA e São Paulo/SP), bem como pela intervenção sanitária em unidades de
881 saúde (Rio de Janeiro). Todavia, a proposta de resolução de suspensão de repasse de recursos a
882 estados e municípios é geral e de acordo com o julgamento do Conselho. Ademais, salientou que uma
883 proposta de resolução nestes termos poderia ser derrubada por uma liminar, por não ter sustentação
884 jurídica, enfraquecendo o Colegiado. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que a ênfase da
885 proposta não é a suspensão de recurso, mas sim que o CNS não decline da sua prerrogativa de
886 estabelecer procedimentos para lidar com as situações de desrespeito que ocorrem no país. Esclareceu
887 que a proposta não é transformar o CNS em um tribunal tampouco em uma sucursal de assessoria
888 jurídica que delibera somente mediante consultoria jurídica. Disse não ser contra a proposta de solicitar
889 parecer jurídico, todavia, salientou que não se deve, em nome da precaução e da cautela na condução
890 desse processo, abrir mão da necessidade de se ter atitude política e resguardar o interesse público.
891 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** explicou que, nos termos colocados pelo conselheiro Alcides de Miranda,
892 concordava com a proposta. Conselheira **Lígia Bahia** registrou que a ABRASCO apoia a decisão da
893 COFIN e lembrou que as coalisões políticas é que movem a política de saúde. Citou, por exemplo, que o
894 Estado do Maranhão inaugurou 62 hospitais sem condições de funcionamento, custeados por recursos
895 públicos. Também informou que a Presidente da República inaugurou a reforma do hospital Miguel Couto
896 que irá funcionar de forma precária e terceirizada, contrariando decisões do CES/RJ e de conferências de
897 saúde. Explicou que a proposta do CNS não é suspender recursos, mas sim dar visibilidade à estratégia
898 de transferir recursos do serviço público para o privado. Nesses termos, sugeriu que o CNS elabore uma
899 proposta consensual de resolução. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou uma nova proposta de
900 resolução, contemplando os mesmos considerandos da proposta elaborada pelo conselheiro Francisco
901 Batista Júnior, com o seguinte teor: que o Ministério da Saúde, imediatamente, tome medidas legais
902 cabíveis nas situações nas quais houver desrespeito das decisões formais dos Conselhos Estaduais e
903 Municipais de Saúde em relação ao uso dos recursos oriundos da esfera federal. Conselheira **Eliane**
904 **Aparecida da Cruz** manifestou apoio à nova proposta de resolução e sugeriu, em sendo aprovada,
905 retomar a proposta de elaborar fluxograma para debate no âmbito do MS de questões aprovadas pelo
906 CNS (definir como decisões do CNS podem repercutir no MS). Conselheira **Rosangela da Silva Santos**
907 sugeriu que, a partir da aprovação da resolução, o CNS defina como prioridades, conforme orientação da
908 Plenária de Conselhos: dar ampla divulgação da resolução para que os conselhos de saúde das demais
909 esferas observem que o CNS toma decisão sobre as demandas encaminhadas; e, em havendo
910 dificuldades, colocar o veículo de comunicação do CNS à disposição dos conselhos de saúde.
911 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** perguntou se havia consenso sobre a proposta de
912 resolução, considerando que o adendo sugerido pela conselheira Rosangela Santos não constaria do
913 corpo da resolução. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu aprovar o texto final da resolução no
914 dia seguinte, dada a necessidade de elaborar os considerandos. Todavia, o Plenário decidiu deliberar
915 sobre a proposta naquele momento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** novamente fez a leitura da proposta e
916 a mesa colocou em votação. **Deliberação: aprovada a proposta de resolução do CNS ao Ministério**
917 **da Saúde que, imediatamente, tome medidas legais cabíveis nas situações nas quais houver**
918 **desrespeito das decisões formais dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde em relação ao**
919 **uso dos recursos oriundos da esfera federal. Caso necessário, o texto dos considerandos seria**
920 **apresentado posteriormente. Aprovados também os seguintes adendos: dar ampla divulgação da**
921 **resolução para que os conselhos de saúde das demais esferas observem que o CNS delibera**
922 **sobre as demandas encaminhadas ao Colegiado; e, em havendo dificuldades, colocar o veículo de**
923 **comunicação do CNS à disposição dos conselhos de saúde.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
924 **Santos** lembrou que a Lei nº. 141/2012 delega ao CNS a aprovação da proposta elaborada pelo
925 Executivo, todavia, a resolução não tira a responsabilidade do CNS em apreciar os mecanismos e fazer
926 respeitar as regras. Definido esse ponto, a mesa agradeceu a todos e fez um breve intervalo.
927 Retomando, foi aberta a palavra para informes. **Informe sobre o Movimento Saúde + 10 e Leitura da**
928 **Carta do Professor Elias Jorge** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um informe sobre a
929 reunião da Coordenação do movimento nacional saúde + 10, realizada no dia 4 de julho de 2012, com a
930 presença da assessoria de comunicação das principais entidades que compõem o movimento. Destacou,
931 entre outros aspectos, os seguintes encaminhamentos definidos na reunião: 1) gravação de spots de
932 rádio para divulgação pelas entidades – o CNS poderá utilizar o estúdio do MS para as gravações; 2)
933 fazer do movimento uma pauta permanente nos conselhos: toda reunião de conselho deve propor como
934 ponto de pauta um informe sobre o Saúde +Dez; 3) balanços da coleta de assinaturas serão feitos em 30
935 de outubro e 15 de dezembro, sendo que a centralização das informações ficará a cargo da Secretaria
936 Executiva do Movimento junto com a Secretaria do CNS; 4) data estabelecida como meta para a coleta
937 de todas as assinaturas: 7 de abril de 2013 - Dia Mundial da Saúde; 5) apresentação do texto-síntese
938 para mobilização no encontro de Plenárias e na 235ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde;
939 7) O Conselho Federal de Medicina irá fazer contato com OAB e AMB para harmonizar as linhas mestras
940 da campanha no que diz respeito à comunicação; 8) estruturar coordenação de comunicação com o

941 objetivo de estruturar e divulgar uma campanha publicitária do movimento, que será formada pelas
942 assessorias de comunicação das seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina, Confederação
943 Nacional da Saúde, Federação Nacional dos Médicos, Conselho Nacional de Secretários de Saúde,
944 Federação Nacional dos Farmacêuticos e Conselho Nacional de Saúde. O objetivo da campanha é
945 manter o movimento com características populares e com uma identidade visual única. Para isso, buscar
946 a unificação das iniciativas de comunicação com a Associação Médica Brasileira, uma vez que a AMB já
947 desenvolveu produtos para este fim; 9) a assessoria de articulação e comunicação do Movimento fará
948 contato com as assessorias de comunicação da OAB e da AMB para alinhar as peças de campanha; 10)
949 Criar informativo mensal do movimento Saúde + 10; 11) vincular a identidade visual e os materiais de
950 publicidade ao título de eleitor; e 12) fortalecer e difundir o questionamento “Por que? Para que?”. A
951 seguir, o coordenador adjunto da COFIN fez a leitura do texto “Por que 10% e Para que 10%”, elaborado
952 pelo professor Elias Jorge, para conhecimento do Plenário do CNS. Na sequência, Conselheiro **Ubiratan**
953 **Cassano** apresentou o conselheiro **Marcos Pedrosa**, médico residente da Universidade Federal de São
954 Paulo, representando a ANPG no CNS, em substituição ao ex-conselheiro Pedro Tourinho. **ITEM 4 –**
955 **INFORMES E INDICAÇÕES** – Coordenação: Conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. **Comissão**
956 **Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS** – Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**,
957 coordenadora da CIAN/CNS, fez um informe das últimas reuniões da CIAN/CNS (59^a RO e 60^a RO),
958 realizadas nos dias 24 e 25 de abril de 2012 e 3 e 4 de julho de 2012, respectivamente, com destaque
959 para os encaminhamentos oriundos desses dois encontros. **Encaminhamentos da 59^a Reunião da**
960 **CIAN/CNS**: 1- Monitoramento sódio - apresentar ao CNS a minuta de recomendação ao MS que seja
961 criado o comitê de monitoramento da redução de sódio, açúcares e Gorduras em alimentos processados
962 e alimentos vendidos em estabelecimentos Fast Food Service e Restaurantes contenham Rotulagem e
963 Informações ao Consumidor, visando a educação e sensibilização para o consumo consciente, e, que o
964 referido Comitê tenha representação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial
965 de Alimentação e Nutrição - CIAN. 2- Convidar o IDEC para apresentar a pesquisa “*Onde está a fruta?*”;
966 3- Apresentação da professora Dra. Raquel Botelho sobre pesquisa em restaurantes populares no brasil;
967 4- Elaborar recomendação solicitando atualização do padrão de referência utilizado para avaliar o estado
968 nutricional do povo indígena; pactuar com equipamentos públicos e programas oficiais de alimentação e
969 nutrição para a redução do NA-(sódio); 5- Câmara Setorial De Alimentos-ANIVISA: Solicitar ata da última
970 reunião realizada em 20/04/12: Confirmar as representações de conselheiros indicados e aprovados pelo
971 plenário do CNS- Titular Nildes Andrade e suplente Nelly da Silva. 6- CIANs Estaduais - foi elaborado um
972 “kit” para instruir criação ou resgate de CIANs Estaduais contemplando a composição paritária (Kit em
973 anexo-conteúdo: apresentação com o histórico da CIAN- Regimento Interno do CNS- capítulo III- das
974 comissões; resoluções, recomendações e moções da CIAN); 7- Agrotóxicos: Convidar o dep.federal
975 padre João para expor na 60^a RCIAN sobre os agratóxicos na Congresso com vistas a
976 mapear possíveis apoio de parlamentares; para este item convidar a representação de mulheres
977 camponesas; recomendar ao Pleno do CNS a apresentação de parte do dossiê - ABRASCO com
978 previsão de lançamento no *World Nutricion*; convidar pesquisadora da EMBRAPA para apresentar o
979 manejo e cultivo de alimentos orgânicos; apresentar ao Pleno moção contrária à campanha “Emagreça
980 Brasil”. 8- Planejamento seminário: CIST, CIAN e CISAMA: A CIAN sugere o tema agrotóxicos, com
981 vistas a subsidiar posição do pleno/CNS. 9- Plano de trabalho da CIAN- Formatar observando o
982 planejamento do CNS-2012, 14^a CNS e 4^a CNSAN. 10 – Apresentação e discussão da PNAN-
983 Recomendar ao Pleno do CNS a apresentação da Política Nacional de alimentação e Nutrição-PNAN;
984 Levar a PNAN ao Pleno com documento da CIAN informando estar de acordo com o texto; encaminhar
985 ao Pleno manifestação da CIAN quanto ao entendimento de que a política ora apresentada atende aos
986 anseios da sociedade brasileira e abrangerá as discussões no CNS, com recomendação de sua
987 apresentação no Pleno. **Encaminhamentos da 60^a RO da CIAN/CNS**: 1- Dossiê sobre impactos dos
988 agrotóxicos na saúde - ABRASCO, pautar na reunião ordinária do CNS do mês de agosto; 2- A
989 sociedade controlando o financiamento da saúde - Lei 141/2012- aspectos para as Comissões do CNS -
990 COFIN; 3- Apresentação e discussão sobre o PL da Frente Parlamentar contra os Agrotóxicos-
991 Apresentado pelo Dep. Federal Padre João - a CIAN encaminhará ao Pleno do CNS a indicação para
992 convidar o Deputado em agosto, para apresentar a visão do legislativo sobre o PL de agrotóxico; 4- PLs
993 que tratam sobre alimentação e nutrição - a Comissão vai acompanhar mediante orientação da assessora
994 legislativa do CNS; 5 - Diretrizes intersetoriais para construção de políticas para as necessidades
995 alimentares especiais - Este item de pauta não foi apresentado na reunião passada da CIAN, sendo que
996 o Secretário Executivo do CNS sugeriu uma reunião extra para tratar deste item, mas, a comissão optou
997 por realizá-lo em data já agendada pela comissão: 20 ou 21/08; que o item seja de um dia de discussão,
998 convidar as patologias com necessidades alimentares especiais (diabéticos, hipertensos, celíacos,
999 fenilcetonúricos, anemia falciforme, intolerância à lactose e renais crônicos) para ouvi-las em um primeiro
1000 momento; além dos convidados especialistas foram indicados: Anvisa, Atenção Básica, Especializada e
1001 SVS/MS – Deve ser elaborado um documento orientador sobre as especificidades de cada necessidade
1002 alimentar especial ou fazer uma ementa para orientar cada convidado, com direcionamento do que se
1003 quer em curto, médio e longo prazo, se possível nomear os programas com os objetivos. 6 - Programa de

1004 Análise de Agrotóxicos em Alimentos - ANVISA: A Anvisa enviará convite para o Seminário a ser
1005 realizado em 6 e 7 de novembro de 2012; Elaborar moção de apoio à análise e implementação fiscal;
1006 apoio financeiro permanente com recurso para desenvolvimento do PARA; e levar a discussão sobre o
1007 programa na Câmara de Vigilância Sanitária do MS. Após, a coordenadora da CIAN passou à leitura da
1008 minuta de recomendação ao Ministério da Saúde para que seja criado o Comitê de Monitoramento da
1009 Redução Progressiva do Sódio. O texto, elaborado pela CIAN/CNS, é o seguinte: "considerando o direito
1010 e garantia a inviolabilidade do direito à vida estabelecido na Constituição Federal em seu artigo 5º:
1011 "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos
1012 estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e
1013 à propriedade"; considerando o direito à alimentação e garantia social estabelecida na Constituição
1014 Federal em seu artigo 6º: "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a
1015 moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência
1016 aos desamparados..."; considerando o direito à saúde assegurado na Constituição Federal em seu artigo
1017 Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e
1018 econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e
1019 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"; considerando que a Lei nº
1020 8.080, de 19 de setembro de 1990, no inciso I, Art. 13 estabelece: "A articulação das políticas e
1021 programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:
1022 alimentação e nutrição"; considerando a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que dispõe no seu
1023 Art. 2º "A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa
1024 humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder
1025 público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança
1026 alimentar e nutricional da população"; considerando a campanha da Anvisa/MS "Menos sal a sua saúde
1027 agradaece" que considera que o excesso de sal pode causar vários problemas de saúde como pressão
1028 alta, doenças dos rins e no coração; considerando que boa parte do sal que comemos vem dos alimentos
1029 industrializados e de refeições feitas fora de casa; e considerando a necessidade do controle social da
1030 saúde avaliar e acompanhar a redução progressiva do sódio, açúcares e gorduras nos alimentos
1031 industrializados conforme o termo assinado em 7 de abril de 2011, entre o Ministério da Saúde e
1032 Indústrias de Alimentos. Recomenda: Ao Ministério da Saúde que seja criado o Comitê de Monitoramento
1033 da Redução Progressiva do Sódio, Açúcares e Gorduras em Alimentos processados e Alimentos
1034 vendidos em estabelecimentos Fast Food Service e Restaurantes contenham Rotulagem e Informações
1035 ao Consumidor, visando a educação e sensibilização para o consumo consciente, e, que o referido
1036 Comitê tenha representação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão Intersetorial de
1037 Alimentação e Nutrição - CIAN." Conselheiro **Nelson Mussolini** destacou que antes de votar a
1038 recomendação seria necessário verificar se o Comitê foi criado ou não. Conselheira **Nildes de Oliveira**
1039 **Andrade** explicou que o Comitê possivelmente não havia sido criado. Conselheiro **Francisco Batista**
1040 **Júnior** reiterou a preocupação com a participação do CNS em espaços constituídos, por entender que a
1041 atuação do Conselho deve ser mais ampla com a participação em debates mais aprofundados.
1042 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** esclareceu que o Comitê seria constituído no âmbito do
1043 Ministério da Saúde para acompanhar o acordo firmado com a indústria. Conselheira **Marisa Furia Silva**
1044 também manifestou preocupação com o uso abusivo de adoçantes ou educorantes nos alimentos
1045 dietéticos e solicitou que esse aspecto seja contemplado na recomendação. Lembrou ainda que o acordo
1046 entre MS e indústria para redução do teor do sódio nos alimentos tem sido descumprido pela indústria.
1047 Conselheira **Maria Crissthina Pedro Biz** sugeriu que o CNS questione o Ministério da Saúde sobre a
1048 criação do Comitê, antes da aprovação da recomendação. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou
1049 que o Comitê não foi criado, por isso, a Comissão sugeriu a aprovação de recomendação solicitando a
1050 criação desse espaço, além da participação do CNS, por meio da CIAN. Informou que já existe acordo do
1051 MS com a indústria para redução do teor do sódio nos alimentos, mas isso não tem sido cumprido.
1052 Salientou ainda que o debate sobre redução do teor de sódio e uso dos agrotóxicos também tem sido
1053 pauta permanente da CIAN. Por fim, disse que a CIAN endossa o dossiê do GT Nutrição da ABRASCO e
1054 o tema será pauta da reunião da CIAN do mês de agosto. Conselheiro **Josiano Macedo Lima**
1055 manifestou preocupação com a fragmentação do debate sobre a alimentação - agrotóxico, transgênicos...
1056 e defendeu que o Comitê contemple o debate amplo do tema, lembrando que alimentação saudável
1057 inclui soberania alimentar. Conselheira **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, em relação ao tema,
1058 destacou a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) que é o acúmulo de gordura no fígado
1059 (esteatose) não relacionada ao uso de álcool. Salientou que os grupos de riscos são sobrepesos, pré-
1060 diabéticos e hipertensos e a forma de tratamento são medidas comportamentais, controle de condições
1061 associadas, medicamentos, cirurgia bariátrica e transplante hepático. Disse que é preciso trabalhar a
1062 prevenção com incentivo à alimentação saudável e hábitos saudáveis de vida. Conselheiro **Gilson Silva**
1063 manifestou apoio à recomendação da CIAN e salientou os danos causados pelo consumo excessivo de
1064 sódio e uso de agrotóxico. Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que o CNS recomende a CIAN um
1065 estudo sobre o uso de educorantes e suclamato de sódio haja vista os danos que os alimentos com
1066 essas substâncias podem causar (o suclamato de sódio, por exemplo, é cancerígeno e foi proibido nos

1067 Estados Unidos há mais de 30 anos). Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que a proposta da
1068 CIAN não está descolada da assistência alimentar e destacou que o uso de agrotóxico é uma
1069 preocupação mundial, uma vez que já foi constatada a presença, inclusive, no leite materno. Assim, frisou
1070 que o debate desse tema deve ser priorizado, dada a gravidade da situação. Conselheiro **Alcides Silva**
1071 **de Miranda** esclareceu que não houve manifestação contrária ao teor do texto – criação do Comitê e
1072 participação do CNS, sendo necessário reelaborar a recomendação na linha de torná-la mais abrangente.
1073 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** explicou que a proposta recomenda ao Ministério da Saúde a
1074 criação do Comitê para avaliar e acompanhar a redução progressiva do sódio, açúcares e gorduras nos
1075 alimentos industrializados conforme o termo assinado em 7 de abril de 2011, entre o Ministério da Saúde
1076 e Indústrias de Alimentos e que a CIAN participe representando o CNS. Conselheira **Nelcy Ferreira da**
1077 **Silva** perguntou em que aspecto a recomendação deveria ser revista, uma vez que houve consenso
1078 sobre o mérito. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** consultou o Plenário e verificou que havia
1079 consenso sobre a criação do Comitê e a participação da CIAN representando o CNS. Sendo assim,
1080 colocou em votação a proposta de recomendação. **Deliberação: aprovada a recomendação do CNS,**
1081 elaborada pela CIAN, ao Ministério da Saúde para que seja criado o Comitê de Monitoramento da
1082 Redução Progressiva do Sódio, Açúcares e Gorduras em Alimentos processados e Alimentos
1083 vendidos em estabelecimentos Fast Food Service e Restaurantes contenham Rotulagem e
1084 Informações ao Consumidor, visando a Educação e Sensibilização para o Consumo Consciente; e
1085 que o referido Comitê tenha representação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da
1086 Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN. Além disso, Conselheira **Nildes de Oliveira**
1087 **Andrade** reiterou o pedido de pauta para tratar da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAM,
1088 conforme recomendação aprovada no mês de março de 2012. **Deliberação: encaminhar para a Mesa**
1089 **Diretora do CNS as solicitações de pauta: uso de agrotóxicos e PNAM.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1090 resgatou que o tema “uso de agrotóxico” foi objeto de amplo debate no CNS em 2011, inclusive com a
1091 presença do cineasta Silvio Tendler diretor do documentário “O Veneno Está na Mesa”. **DENÚNCIA DE**
1092 **FALTA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS – encaminhada por um grupo do segmento dos**
1093 **usuários.** Trata-se de um problema sério de segurança nacional e a ANVISA informa não dispor de
1094 estrutura para intervir nos laboratórios farmacêuticos. A situação está sem solução por mais de dois anos
1095 para desespero dos profissionais da área oncológica e dos usuários com câncer e que precisam do
1096 medicamento. O diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, **Zich Moysés**,
1097 Secretário Substituto de Ciência e Tecnologia, apresentou as estratégias da Secretaria de Ciência,
1098 Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS para garantia do abastecimento de medicamentos oncológicos.
1099 Explicou que a falta de medicamentos oncológicos é um problema do Brasil e de outros países como
1100 Estados Unidos, especialmente em relação aos produtos de menor valor agregado. Esclareceu que a
1101 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS tem discutido estratégias para garantia do
1102 abastecimento de medicamentos oncológicos de primeira linha e para melhoria do atual modelo de
1103 aquisição de medicamentos oncológicos no âmbito do SUS. Disse que há uma articulação entre SCTIE e
1104 SAS na linha de alterar o modelo vigente de suprimento de produtos oncológicos. Ressaltou que a
1105 proposta será dividida em grupos de complexidade, sendo uma parte com compra centralizada, com
1106 investimento na produção pública e parceria com o setor privado. Salientou que o investimento será
1107 superior a R\$ 30 milhões e a intenção é apresentar a proposta aos Secretários do MS até o dia 17 de
1108 julho para debate no Colegiado do MS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** perguntou se há
1109 previsão para retirar os medicamentos oncológicos da lógica de procedimentos, com perspectiva de um
1110 novo componente da assistência. O diretor **Zich Moysés** explicou que não há estrutura para mudança
1111 total, portanto, a proposta é centralizar alguns produtos, manter a forma atual e outros negociar com os
1112 Estados a aquisição. Assim, a discussão será em torno do que se deve centralizar. Disse que o DECIIS
1113 reunirá com o DAF/SCTIE e com O DAE/SAS e INCA para definir a linha de produtos a serem priorizados
1114 em um primeiro momento, com foco nos produtos mais negligenciados e com valor de mercado menor.
1115 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** chamou a atenção para a falta do medicamento Clivec no
1116 mercado após a redução do preço e perguntou se o produto será produzido pelos laboratórios públicos.
1117 Salientou que o setor produtivo e a ANVISA foram chamados para debater o tema e definir saídas. O
1118 diretor **Zich Moysés** respondeu que a patente do Clivec expirou e o produto será produzido por dois
1119 laboratórios públicos – da matéria prima à produção, por uma questão de segurança estratégica.
1120 Também solicitou que a SCTIE seja informada sobre a falta de medicamentos porque a Secretaria não
1121 tem notícia de que esteja em falta. Conselheira **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa** perguntou como se
1122 dará a compra e a forma de dispensação dos medicamentos. O diretor **Zich Moysés** respondeu que a
1123 dispensação é feita nos hospitais e a compra depende da situação, uma vez que há medicamentos de
1124 uso específico - o medicamento mais adequado é definido pelo médico e de uso recorrente. Assim, a
1125 intervenção poderia trazer prejuízos para o Sistema. Diante disso, o MS fará aquisição centralizada de
1126 produtos e remeterá aos estados para aquisição do que for possível fazê-lo. Conselheira **Nádia Elizabeth**
1127 **Cardoso Barbosa** manifestou preocupação com a compra de medicamentos centralizada nos estados
1128 por entender que poderia gerar desassistência aos usuários. Citou, por exemplo, a falta de medicamento
1129 para hepatite C no Rio Grande do Norte, porque o Estado está inadimplente com os fornecedores e não

1130 compra a medicação de suporte há dois meses. Em relação à denúncia, conselheiro **Alcides Silva de**
1131 **Miranda** explicou há iniciativas de médio e longo prazo e destacou que é preciso refletir sobre a falta de
1132 medicamentos porque não são rentáveis e o que significa deixar somente na mão do mercado a
1133 regulamentação dessa questão. **Deliberação: o Plenário decidiu que a Comissão Intersetorial de**
1134 **Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia do CNS acompanhará essa questão e dará retorno ao**
1135 **Conselho. Recomendação da Comissão Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, do**
1136 **Adolescente e do Jovem do CNS – CIASAJ** - conselheiro **Clóvis Boufleur** fez a leitura da proposta de
1137 recomendação, elaborada pela CIASAJ na sua última reunião, com o seguinte teor: I – ao Ministério da
1138 Saúde: a) processo de articulação com a Comissão de Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança,
1139 do Adolescente e do Jovem do CNS para a construção da Política Nacional da Saúde da do
1140 Adolescente e do Jovem; b) que defina recursos financeiros no orçamento e promova articulação técnica
1141 com o Ministério da Educação para mudanças curriculares que propiciem a formação e atuação de
1142 profissionais especialistas em pediatria no Sistema Único de Saúde, e a inclusão de temas pertinentes à
1143 atenção à criança e adolescente nos currículos de formação e capacitação multiprofissionais; c) que
1144 avalie estratégias para atenção primária do SUS absorver com qualidade usuários com doenças agudas
1145 passíveis de receberem a assistência nas unidades básicas de saúde; d) os serviços de saúde que após
1146 a amamentação exclusiva aconteça o diagnóstico precoce de doenças relacionadas com restrição
1147 alimentar, como por exemplo a doença celíaca; e) incluir o tema da Proteção da Saúde do Trabalhador
1148 Jovem, na condição de aprendiz, nas pautas da Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde. II –
1149 Ministério da Educação: a) promover a inclusão de cardápios alimentares saudáveis e adequados nas
1150 escolas que contemplam as necessidades alimentares especiais, como celíacos, diabéticos e outros; b)
1151 acompanhar o Programa Saúde nas Escolas que inclui temas transversais de saúde e alimentação, como
1152 a Semana Saúde na Escola, que aconteceu em março de 2012. III – Ministério de Desenvolvimento e
1153 Combate à Fome: a) divulgar para a sociedade, com a participação do Ministério de Desenvolvimento e
1154 Combate à Fome, a oferta de ações públicas de promoção e prevenção da violência nos municípios,
1155 especialmente os serviços desenvolvidos pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). IV –
1156 Conselho Nacional da Criança e Adolescente: a) Propor ao Conselho Nacional da Criança e
1157 Adolescente (Conanda) pautar os cuidados com a saúde do adolescente e jovem privado de liberdade
1158 para definir parâmetros de assistência à saúde, com recomendação aos gestores de saúde e das ações
1159 socioeducativas para que façam a adesão à Política Nacional de Saúde de Adolescentes e Jovens
1160 privados de liberdade (PNAISARI). Por fim, ressaltou na reunião da Comissão estiveram presentes
1161 representantes dos ministérios citados na recomendação e manifestaram apoio à proposta. A seguir, foi
1162 aberta a palavra aos conselheiros e foram aprovadas as propostas de adendos apresentadas,
1163 respectivamente, pelas conselheiras Marisa Furia Silva e Maria Cristhina Pedro Biz: incluir doenças
1164 agudas e deficiências; e contemplar apoio para amamentação exclusiva. **Deliberação: a recomendação,**
1165 **elaborada pela CIASAJ foi aprovada com os adendos sugeridos. O texto final da recomendação é**
1166 **o seguinte:** “ao Ministério da Saúde: a) que estabeleça processo de articulação com a Comissão
1167 Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem do CNS para a
1168 construção da Política Nacional da Saúde da do Adolescente e do Jovem; b) que defina recursos
1169 financeiros no orçamento e promova articulação técnica com o Ministério da Educação para
1170 mudanças curriculares que propiciem a formação e atuação de profissionais especialistas em
1171 pediatria no Sistema Único de Saúde, e a inclusão de temas pertinentes à atenção à criança e
1172 adolescente nos currículos de formação e capacitação multiprofissionais; c) que avalie
1173 estratégias para que a atenção primária do SUS absorver com qualidade usuários com doenças
1174 agudas e pessoas com deficiências passíveis de receberem a assistência nas unidades básicas
1175 de saúde; d) que os serviços de saúde garantam com acolhimento e orientação técnica a
1176 amamentação exclusiva, bem como o diagnóstico precoce de doenças relacionadas com restrição
1177 alimentar, como, por exemplo, a doença celíaca; e) que inclua o tema da Proteção da Saúde do
1178 Trabalhador Jovem, na condição de aprendiz, nas pautas da Saúde do Trabalhador do Ministério
1179 da Saúde. II – Ministério da Educação: a) promover a inclusão de cardápios alimentares saudáveis
1180 e adequados nas escolas que contemplam as necessidades alimentares especiais, como celíacos,
1181 diabéticos e outros; b) acompanhar o Programa Saúde nas Escolas que inclui temas transversais
1182 de saúde e alimentação, como a Semana Saúde na Escola, que aconteceu em março de 2012. III -
1183 Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome: divulgar para a sociedade, com a
1184 participação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a oferta de ações
1185 públicas de promoção e prevenção da violência nos municípios, especialmente os serviços
1186 desenvolvidos pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). IV – Conselho Nacional
1187 da Criança e Adolescente: propor ao Conselho Nacional da Criança e Adolescente (Conanda)
1188 pautar os cuidados com a saúde do adolescente e jovem privado de liberdade para definir
1189 parâmetros de assistência à saúde, com recomendação aos gestores de saúde e das ações
1190 socioeducativas para que façam a adesão à Política Nacional de Saúde de Adolescentes e Jovens
1191 privado de liberdade (PNAISARI)”. **PROPOSTA DE RECOMENDAÇÃO DA CISI PARA O PLENARIO**
1192 **DO CNS - REUNIAO REALIZADA NO DIA 20 DE JUNHO DE 2012** – Conselheiro **Edmundo Omore,**

1193 coordenador da CISI/CNS, fez um informe da última reunião da CISI, realizada às vésperas da
1194 Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável – Rio +20, que contou com a
1195 participação de diversas lideranças indígenas. A seguir, conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a
1196 proposta de recomendação, elaborada pela CISI/CNS, com o seguinte teor: “Considerando: 1) O Decreto
1197 Presidencial nº 7.335, de 19 de outubro de 2010, que aprova o Estatuto e o quadro demonstrativo dos
1198 cargos em comissão e das funções gratificadas transfere a responsabilidade da gestão do Subsistema de
1199 Atenção à Saúde Indígena da FUNASA para a atual Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em
1200 19 de outubro de 2010; 2) A Medida Provisória 483/2010 que transferiu a competência da Saúde
1201 Indígena para o Ministério da Saúde; 3) A implantação da SESA, que mesmo com os reconhecidos
1202 esforços para reestruturar o modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena, tem encontrado
1203 inúmeros desafios e dificuldades para manter a regularidade não só da gestão dos Distritos Sanitários
1204 Especiais Indígenas (DSEIs), mas principalmente para a prestação da atenção básica nas áreas
1205 territoriais indígenas sob a sua responsabilidade e para a articulação com demais níveis do SUS para
1206 prover a atenção integral à saúde; 4) O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena no âmbito
1207 do Subsistema de Saúde Indígena passou a ser implementado em 2000, passou por inúmeras
1208 reformulações, não tendo sido disponibilizado para acesso público até o momento, e diversas análises
1209 têm evidenciado sua fragilidade em prover informações de saúde confiáveis para o planejamento,
1210 monitoramento e avaliação das ações de saúde; 5) Pesquisas com dados primários evidenciam
1211 iniquidades dos indicadores de saneamento, saúde e nutrição dos povos indígenas, em relação à
1212 população brasileira geral, invariavelmente, desfavoráveis aos indígenas, revelando uma situação de
1213 extrema vulnerabilidade; 6) Os depoimentos de diversas lideranças e representantes indígenas de
1214 distintas regiões do país presentes na 80ª Reunião da CISI, que destacaram reiteradamente graves
1215 deficiências na atenção à saúde, particularmente na atenção primária no âmbito das aldeias e postos de
1216 saúde locais - Polos Base (ausência de profissionais de saúde que compõem a Equipe Multidisciplinar de
1217 Saúde Indígena – EMSI; falta de medicamentos e insumos para atenção à saúde; dificuldades para
1218 deslocamento, tanto das EMSI quanto dos pacientes para distintos serviços de saúde). A formação do
1219 Comitê de Gestão integrada de Atenção à Saúde e Segurança Alimentar para populações indígenas; 7) A
1220 estruturação da proposta da FUNAI, que supõe ações coordenadas e integradas com a SESA e MDS e
1221 demais instâncias para o provimento de ações de incremento do saneamento, segurança alimentar e
1222 saúde para os povos indígenas. Recomenda: 1) que a SESA promova as ações sob sua
1223 responsabilidade de atenção primária à saúde no âmbito das aldeias, de forma efetiva, em paralelo às
1224 ações de estruturação dos DSEI, sem descontinuidade da atenção à saúde e atenção aos graves
1225 problemas de saúde apontados pelas diversas lideranças indígenas; 2) tornar os sistemas de informação
1226 para a saúde indígena de acesso público imediato, possibilitando análises da situação de saúde por
1227 diferentes atores, a qualificação do sistema de informação, a visibilidade das iniquidades para sua
1228 reversão, bem como às tendências da situação de saúde, planejamento, monitoramento e avaliação das
1229 ações implementadas pela SESA e demais instituições que trabalham com a saúde indígena; e 3) apoiar
1230 e estimular a integração do Subsistema de Saúde Indígena com os demais níveis de complexidade da
1231 atenção à saúde no SUS, possibilitando a provisão de atenção integral aos povos indígenas em todos os
1232 níveis de complexidade do sistema. **Deliberação: aprovada a recomendação, elaborada pela**
1233 **CISI/CNS.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro de reunião. Estiveram presentes os
1234 seguintes conselheiros: **Titulares - Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
1235 (CEBES); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde (MS); **Arilson da Silva Cardoso**,
1236 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Cid Pimentel**, Ministério da
1237 Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM);
1238 **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Fernando S. Souza**, Fórum de
1239 Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação
1240 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Alves**
1241 **Vasconcelos**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
1242 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**
1243 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Cechin**, Federação
1244 Nacional de Saúde Suplementar; **José Rubens Rebelatto**, Ministério da Educação – MEC; **Jurandi**
1245 **Frutuoso**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jurema Pinto Werneck**, Articulação
1246 de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós-
1247 Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia –
1248 CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro**
1249 **de Andrade**, Ministério da Saúde; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
1250 (CFFa); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**,
1251 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**,
1252 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nildes de Oliveira Andrade**, Federação Nacional das
1253 Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Paulo Guilherme Romano**, Confederação Nacional
1254 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de
1255 Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos

1256 Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); **Wilen Heil e Silva**,
1257 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**,
1258 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). *Suplentes* – **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
1259 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de
1260 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da
1261 **Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Eline Jonas**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Francisca Rego**
1262 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geordeci M. Souza**, Central Única
1263 dos Trabalhadores; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de
1264 Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Josiano
1265 **Macedo Lima**, Central de Movimentos Populares; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das
1266 Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Marcos Vinicius S. Pedroza**,
1267 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de
1268 Psicologia (CFP); **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites
1269 Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Ronald Ferreira dos
1270 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral
1271 da Saúde Nacional. Iniciando o segundo dia reunião, a mesa foi composta pelo Secretário Executivo do
1272 CNS, **Márcio Florentino** e pelo conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. Antes de iniciar o debate dos
1273 itens da pauta, conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou maiores esclarecimentos sobre os
1274 encaminhamentos do debate sobre falta de medicamentos oncológicos. Além disso, solicitou espaço para
1275 apresentação do novo representante da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO
1276 no CNS. Atendendo à solicitação, conselheiro **Elcio A. dos Santos**, apresentou-se na condição de
1277 representante da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO, 1º suplente. Em relação
1278 ao debate sobre falta de medicamentos oncológicos, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que
1279 o tema será remetido à Comissão de Assistência Farmacêutica do CNS para debate e definição de
1280 encaminhamentos. Para subsidiar o debate da Comissão, sugeriu que a Secretaria solicite ao diretor do
1281 Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde uma resposta à denúncia, por escrito e a
1282 lista dos medicamentos em falta. Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou que a lista dos medicamentos
1283 em falta seja enviada antes da reunião da Comissão e que o diretor do INCA, Luiz Antonio Santini seja
1284 convidado para o debate do tema na Comissão. Conselheira **Rosangela Silva dos Santos** solicitou que,
1285 além da lista dos medicamentos em falta, seja enviada a grade dos medicamentos dispensados e a
1286 quantidade de pacientes atendidos. Conselheira **Marisa Furia Silva** explicou que a denúncia foi
1287 apresentada pela representante dos usuários no CONSNCA, Lílian Aliche e avaliou que é importante
1288 convidar o diretor do INCA para expor sobre a situação atual. Conselheira **Lorena Baía** salientou que é
1289 preciso incluir na lista os medicamentos utilizados como adjuvantes do tratamento e não somente os
1290 utilizados na quimioterapia. Também lembrou que o SUS não dispõe de lista de medicamentos
1291 oncológicos, portanto, é preciso verificar com cautela os medicamentos que faltam. Conselheira **Graciara
1292 **Matos de Azevedo** explicou que a denúncia foi feita pelo INCA e o Instituto incorporou alguns
1293 medicamentos que não são disponibilizados em todos os Estado (não há um protocolo comum a ser
1294 seguido). Disse que a partir dessa denúncia poderia ser feito levantamentos nos Estados. Além disso,
1295 informou que o relatório do GT Oncológico será apresentado na próxima reunião do CNS. Conselheira
1296 **Rosangela Silva dos Santos** solicitou que o CNS solicite imediatamente as informações ao MS e, a
1297 depender da gravidade da situação, a Comissão se reúna o mais breve possível para decisão mais ágil.
1298 **Deliberação: a SE/CNS solicitará a grade de medicamentos oncológicos ao MS, com especificação**
1299 **dos que estão em falta para debate e, a depender da gravidade da situação, será convocada**
1300 **reunião urgente da Comissão de Assistência Farmacêutica para debate. INFORMES** - Conselheiro
1301 **Fernando Souza** fez os seguintes informes: 1) Principais encaminhamentos do Seminário Internacional
1302 da tríplice fronteira: Brasil - Colômbia - Peru para controle da tuberculose realizado pelo Ministério da
1303 saúde em Tabatinga/AM, no período de 4 a 6 de julho de 2012; 2) Participação do movimento indígena
1304 na Rio+20 com a realização IX Acampamento Terra Livre 2012 - Participação de quase dois mil
1305 indígenas. Encaminhamento do Relatório Final para conhecimento, divulgação e apoio. Destaque para os
1306 seguintes aspectos do Relatório: repúdio à impunidade e violência, prisão e assassinato de lideranças
1307 indígenas (no Brasil, caso Kayowá-guarani, Argentina, Bolívia, Guatemala e Paraguai, entre outros);
1308 repúdio aos grandes empreendimentos em territórios indígenas, como as barragens – Belo Monte, Jirau e
1309 outras; transposição do Rio São Francisco; usinas nucleares; Canal do Sertão; portos; ferrovias nacionais
1310 e transnacionais, produtoras de biocombustíveis, a estrada no território TIPNIS na Bolívia, e
1311 empreendimentos mineradores por toda a América Latina); repúdio à ação de instituições financeiras,
1312 como o BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, que financia grandes
1313 empreendimentos com dinheiro público, mas não respeita o direito à consulta as populações afetadas,
1314 incluindo 400 regiões no Brasil, e em todos os países onde atuam, inclusive na América Latina e África; e
1315 repúdio aos contratos de REDD e créditos de carbono, falsas soluções que não resolvem os problemas
1316 ambientais e procuram mercantilizar a natureza e ignoram os conhecimentos tradicionais e a sabedoria
1317 milenar de nossos povos; e repúdio à diminuição dos territórios indígenas. 3) Situação da saúde indígena
1318 em todo o território nacional - desestruturação, precariedade nas condições de trabalho, falta de********

1319 materiais, insumos e equipamentos tem provocado a reação do movimento indígenas de norte a sul do
1320 país em forma de mobilizações e protestos de várias formas, tendo inclusive casos de óbitos por falta de
1321 assistência. Proposta: constituir comissão para verificar a situação *in loco* e elaborar relatório para
1322 subsidiar o posicionamento do CNS. 4) Conferência Nacional de Saúde Indígena para 2013 - devido às
1323 especificidades geográficas e regionais das populações indígenas, é preciso definir e encaminhar as
1324 diretrizes básicas para o início das etapas locais no segundo semestre de 2012. Além disso, é preciso
1325 garantir a participação de cinco representantes do Fórum de Presidentes no GT da Conferência de Saúde
1326 Indígena. **Dos informes, accordou-se que a proposta de formar comissão para averiguar *in loco* a**
1327 **situação da saúde indígena seria debatida posteriormente.** Conselheira **Lígia Bahia** aproveitou para
1328 convidar os representantes indígenas a participar do Congresso da ABRASCO, de 14 a 18 de novembro
1329 de 2012, para tratar da situação da saúde indígena. Também solicitou ao Secretário Executivo do CNS
1330 que buscassem maiores informações sobre a pesquisa do IPEA e que os conselheiros aguardassem o
1331 retorno da SE/CNS para responder a pesquisa. Conselheiro **Nelson Mussolini** informou a distribuição
1332 aos conselheiros do estudo da CNI e do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário "Redução do
1333 ICMS sobre medicamentos" ao Presidente do CNS e ao representante do CONASS. Explicou que o
1334 estudo verificou a melhoria do poder de arrecadação do Estado, demonstrando que é hora de diminuir as
1335 alíquotas de ICMS. Informou que o Estado do Paraná foi o primeiro a reduzir de 18% para 12% e houve
1336 uma melhoria na arrecadação e aumento no consumo responsável do medicamento. Solicitou que os
1337 conselheiros fizessem a leitura do documento e divulgassem a fim de garantir a participação da
1338 sociedade na iniciativa de redução de impostos. Lembrou, inclusive que o Brasil paga 34% de impostos
1339 sobre medicamentos enquanto a média mundial é 6%. **ITEM 5 – LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO -**
1340 **Apresentação:** professor **Fernando Oliveira Paulino**, Universidade de Brasília – UnB; **Maurício**
1341 **Bucciolli Guernelli**, Departamento de Informática do SUS – DATASUS; **Giliate Cardoso Coelho Neto**,
1342 Diretor de Programas da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **Coordenação:** conselheiro **Alcides**
1343 **Silva de Miranda**, da Mesa Diretora do CNS. O professor da UnB, **Fernando Oliveira Paulino**, iniciou a
1344 sua fala agradecendo a oportunidade e dividiu a sua apresentação em três momentos: explanação
1345 conceitual sobre direito de acesso, comunicação e liberdade de expressão; apresentação sobre o Fórum
1346 de Direito de Acesso a Informações Públicas; e vídeo sobre comunicação e saúde. Começou explicando
1347 que Marshall em "Cidadania e Classe Social" divide os direitos em civis, políticos e sociais. Segundo o
1348 autor, durante o sec. XVIII na Inglaterra se firmaram os direitos civis, entre eles, o direito à liberdade de
1349 expressão, à propriedade, de ir e vir, que se firmaram por ausência do Estado. No séc. XIX se afirmaram
1350 na Inglaterra e em outros países os direitos políticos, assegurando a possibilidade de participar do
1351 governo. No séc. XX, surgem os direitos sociais que carecem de uma afirmação necessária do Estado
1352 para garantir a participação da sociedade na riqueza coletiva. No caso do Brasil, explicou que o professor
1353 José Rubens de Carvalho afirma que não foi possível reconhecer alguns direitos civis e inclui, entre eles,
1354 a liberdade de expressão, pois restrições impedem que a informação alcance a população de forma
1355 equânime como ocorre em outros países. Diante disso, ressaltou que seria importante uma reflexão do
1356 Conselho sobre as possibilidades de inserção da comunicação como direito social e ao patrimônio
1357 comum e coletivo. Salientou que o estudo sobre o direito à informação tem se fortalecido e teve melhor
1358 inserção com a realização da Conferência Nacional de Comunicação. Nessa linha, passou a inserir a
1359 discussão sobre direito de acesso à informação na perspectiva de direito individual e coletivo. Explicou
1360 que o Fórum de Direito de Acesso a Informações Públicas, uma organização composta por 25 entidades
1361 da sociedade civil, foi criado em 30 de setembro de 2003, em Brasília, no final do Seminário Internacional
1362 sobre Direito de Acesso a Informações Públicas, promovido pela ABRAJI (Associação Brasileira de
1363 Jornalismo Investigativo) e o lançamento oficial ocorreu em Brasília, em 25 de novembro de 2004.
1364 Detalhou que são objetivos do Fórum: **1)** promover e incentivar o debate sobre direito de acesso a
1365 informações públicas no Brasil – e sobre temas correlatos, como alterações na lei de arquivos públicos;
1366 **2)** atuar sem conotação político-partidária nem fins lucrativos; **3)** defender uma lei que garanta e facilite o
1367 acesso do público no Brasil a documentos públicos produzidos pelos Três Poderes da República, bem
1368 como aos documentos de governos estaduais e municipais; **4)** desenvolver campanhas de divulgação a
1369 respeito da necessidade de uma lei de acesso a informações públicas no Brasil; **5)** defender que os
1370 governos, em todos os seus níveis, tenham a preocupação de corretamente arquivar qualquer documento
1371 público de forma a facilitar o seu acesso futuro, bem como de manter sistemas permanentes de
1372 gerenciamento e preservação desses documentos. Isso inclui também a unificação dos critérios de
1373 registros em cartórios e juntas comerciais de todo o país; e **6)** desenvolver iniciativas voltadas para o
1374 tratamento, agregação e disseminação de informações em poder do Estado e sobre o Estado. No Brasil,
1375 explicou que a Constituição Federal, inciso 33 do artigo 5º, determina que todos têm direito a receber dos
1376 órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão
1377 prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja
1378 imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. Também apresentou a experiência de outros
1379 países, destacando, inicialmente, o México que foi um dos primeiros da América Latina a aprovar uma lei
1380 sobre direito de acesso a informações públicas. Explicou que a Lei mexicana de acesso à informação é
1381 uma das mais abrangentes do mundo e possui uma série de elementos positivos, incluindo vigorosas

garantias procedimentais, juntamente com um enfoque inovador, para assegurar a aplicação nos órgãos públicos, e uma proibição da confidencialização de informações necessárias à investigação de violações graves dos direitos humanos ou crimes contra a humanidade. Além disso, estabelece um forte mecanismo de supervisão independente, o Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI). Citou também a experiência do Peru cuja Constituição de 1933 garante o direito de acesso à informação mantida por órgãos públicos. Limita-se a informações obrigatórias, com ampla proteção ao sigilo à confidencialidade bancária no tocante a impostos, como também a informações privadas e familiares. No Chile, a Lei de Transparência da Função Pública e de Acesso a Informação da Administração do Estado (Lei 20.285) foi sancionada em agosto de 2008 e entrou em vigor em abril de 2009. Também citou a Colômbia, o primeiro país na América Latina a adotar uma lei geral de acesso a informações públicas (julho de 1985) em que se ordena a difusão de atos e documentos oficiais (Lei DI). Em 1988, no primeiro código de organização municipal e política, os indivíduos passaram a ter direito a solicitar informações detidas pelas autoridades públicas. Trata-se de uma lei sintética e a principal debilidade talvez seja a falta de medidas promocionais e a não inclusão de regra para exceções, como também a falta de medidas recursais no caso de uma negativa. Apresentou um gráfico demonstrando que a lei “com mais força” está presente em países com melhores indicadores de desenvolvimento humano. Também destacou a Declaração de Atlanta, assinada em fevereiro de 2008 na cidade de Atlanta, EUA, por mais de 125 membros da comunidade global de acesso à informação de 30 países. Acrescentou que a Declaração foi adotada com o intuito de aperfeiçoar o caminho, a implementação, o cumprimento e o exercício do direito de acesso a informação. Detalhou que são definições da Declaração: a) o acesso à informação é a regra; o sigilo é a exceção; b) o direito de acesso à informação deve ser aplicado a todos os órgãos do Estado (inclusive os Poderes Executivo, Judicial e Legislativo, assim como setores autônomos) em todos os níveis (federal, central, regional e local) e a todos os setores dos organismos internacionais supracitados; c) o direito de acesso à informação deve se estender a outros atores além do Estado; d) o direito de acesso à informação deve incluir o direito a solicitar e receber informações, assim como uma obrigação positiva sobre as instituições públicas de disseminar informações relativas às suas áreas de atuação; e) o direito a solicitar informações é independente de interesse pessoal na informação pedida e nunca deve ser exigida uma justificativa ou razão para o requerimento; f) o instrumento ou legislação deve incluir procedimentos elaborados para assegurar sua implantação integral e o fácil uso, sem impedimentos (tais como custo, idioma, formulário ou maneira de solicitação) e com uma obrigação afirmativa de ajudar o solicitante, assim como de prestar a informação solicitada em um período de tempo específico e razoável; g) as exceções ao acesso a informações devem ser estritamente definidas, especificadas em lei e limitadas às permitidas pela legislação internacional. As excepcionais estarão sujeitas a não deferimento em nome do interesse público, cujo princípio determinará se o benefício da liberação da informação superará o potencial dano público; h) o ônus da prova para justificar uma negativa sempre recairá sobre o detentor da informação; i) o instrumento deve obrigar a revelação integral, após um prazo razoável, de qualquer documento que tenha sido classificado como secreto ou confidencial por motivos excepcionais à época de sua criação; j) o instrumento deve incluir penalidades e sanções claras para o não cumprimento por parte dos funcionários públicos; e k) o solicitante deve ter o direito de apelar de qualquer decisão, qualquer falha em prestar a informação ou qualquer outra violação do direito de acesso à informação a uma autoridade independente com poder de tomar decisões vinculantes e compulsórias, de preferência em um órgão intermediário como uma Comissão ou um Comissariado ou Ouvidor em primeira instância, com direito de apelação posterior a um tribunal. Salientou que é fundamental a integração dos sistemas de comunicação e informação para que a Lei funcione. Também enumerou alguns impactos da Lei: em três anos, 200 mil pedidos de acesso no Reino Unido; 80% dos dirigentes de órgãos, no Reino Unido, passaram a ver a lei com bons olhos (no Brasil, ocorreu fato semelhante com fortalecimento da auditoria a partir da implantação da Lei); 500 mil tailandeses utilizaram a lei, nos primeiros três anos; e 87% das requisições, no México, estão relacionadas à atividade econômica. Concluída a explanação, apresentou um vídeo sobre “O Projeto comunicação comunitária”, que mostra atividade de comunicação em saúde da UnB, com estímulo ao exercício da cidadania e promoção de direitos humanos. Fechou a sua fala comentando o livro “Comunicação e saúde”, organizado por Fernando Oliveira Paulino, que apresenta múltiplas abordagens da comunicação para a promoção da saúde. Quatro eixos reúnem artigos de especialistas na área: “Comunicação e Saúde”; “Saúde e Juventudes”; “Saúde e Meio Ambiente” e “Comunicação, Mobilização e Desenvolvimento”. A seguir, explanou sobre o tema o Diretor de Programas da SE/MS, **Giliate Cardoso Coelho Neto**. Começou explicando que a Lei de acesso à informação, nº. 12.527, foi aprovada em 18 de novembro de 2011 e o processo de implantação durou até 16 de maio de 2012. Detalhou que a Lei abrange órgãos e entidades públicas dos três Poderes e todos os entes federados, além de entidades privadas que tenham relação com o poder público. Destacou que o comando central da lei é o acesso à informação como regra e o sigilo como exceção, o que representa uma virada da situação no Estado Brasileiro. Ou seja, todas as informações produzidas ou custodiadas pelo poder público e não classificadas como sigilosas são públicas, e, portanto, acessíveis a todos os cidadãos. Disse que a Lei segue a tendência internacional uma vez que hoje em mais de noventa países há leis semelhantes. Nos termos da Lei, entende-se por

1445 informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de
1446 conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato (art. 4º). Salientou que a norma é uma
1447 prioridade do governo federal e motivo de reconhecimento do governo brasileiro por ser considerada uma
1448 das melhores do mundo. Disse que a solicitação de informação pode ser feita de três formas: presencial,
1449 pelo site ou pelo número – 136. Feito o pedido de informação, a solicitação é enviada ao Serviço de
1450 Informação Cidadão - SIC que remete à área específica para resposta no prazo de 20 dias, prorrogável
1451 por mais 10 dias. A lei prevê a possibilidade de recurso, por parte do demandante, caso não esteja
1452 satisfeita com a resposta. Detalhou o trâmite para implantação da Lei: criação de um GT para
1453 implantação da Lei; definição de autoridade máxima responsável pela Lei; criação do serviço de
1454 informação ao Cidadão; criação de site sobre a Lei; e classificação das informações. Destacou que no
1455 processo de implantação da LAI no MS foram realizados cursos de capacitação, oficina com a presença
1456 da diretora de prevenção e corrupção e, de um modo geral, as etapas foram cumpridas. Salientou que,
1457 para além da Lei e do Decreto, todas as agendas das autoridades públicas do Ministério da Saúde são
1458 divulgadas, conforme recomendação do Ministro da Saúde. Explicou que, em consonância com a Lei, o
1459 SIC do Ministério da Saúde está localizado em local de fácil acesso – entrada do edifício sede do MS.
1460 Também simulou um pedido de informações pelo Portal da Saúde, a fim de demonstrar como funciona
1461 esse processo. Seguindo, detalhou que a Lei classifica a informação quanto ao grau e prazos de sigilo,
1462 sendo consideradas imprescindíveis à segurança da sociedade ou do Estado e, portanto, passíveis de
1463 classificação as informações cuja divulgação ou acesso irrestrito possam: I - pôr em risco a defesa e a
1464 soberania nacionais ou a integridade do território nacional; II - prejudicar ou pôr em risco a condução de
1465 negociações ou as relações internacionais do País, ou as que tenham sido fornecidas em caráter sigiloso
1466 por outros Estados e organismos internacionais; III - pôr em risco a vida, a segurança ou a saúde da
1467 população; IV - oferecer elevado risco à estabilidade financeira, econômica ou monetária do País; V -
1468 prejudicar ou causar risco a planos ou operações estratégicos das Forças Armadas; VI - prejudicar ou
1469 causar risco a projetos de pesquisa e desenvolvimento científico ou tecnológico, assim como a sistemas,
1470 bens, instalações ou áreas de interesse estratégico nacional; VII - pôr em risco a segurança de
1471 instituições ou de altas autoridades nacionais ou estrangeiras e seus familiares; ou VIII - comprometer
1472 atividades de inteligência, bem como de investigação ou fiscalização em andamento, relacionadas com a
1473 prevenção ou repressão de infrações. Além disso, salientou que a informação em poder dos órgãos e
1474 entidades públicas, observado o seu teor e em razão de sua imprescindibilidade à segurança da
1475 sociedade ou do Estado, poderá ser classificada como ultrassecreta, secreta ou reservada. Detalhou que
1476 os prazos máximos de restrição de acesso à informação, conforme a classificação, vigoram a partir da
1477 data de sua produção e são os seguintes: I - ultrassecreta: 25 (vinte e cinco) anos; II - secreta: 15
1478 (quinze) anos; e III - reservada: 5 (cinco) anos. Apresentou um panorama das demandas recebidas no
1479 SIC, de 14 de maio a 14 de junho. Foram 201 pedidos, com 8 solicitações não respondidas, sendo 5
1480 relativas a informações não disponíveis, 1 negada com justificativa na Lei e 2 pedidos por erro de
1481 competência (encaminhados para outros órgãos do governo federal). Portanto, das 201 solicitações
1482 apenas uma foi negada pela Lei de acesso. Sobre o grau de satisfação com as respostas, explicou que,
1483 do total de 201 respostas, foram 15 recursos, com índice de 93% de satisfação. Frisou que a diretriz do
1484 Ministro da Saúde é que as áreas técnicas disponibilizem informação ao cidadão. Finalizando, disse que
1485 está concluindo o processo de implantação a partir da Lei, cabendo à SGEP/CNS o papel de gestão e
1486 acompanhamento. Após, o Coordenador Geral de Desenvolvimento do DATASUS/MS, **Maurício**
1487 **Bucciolli Guernelli**, fez uma abordagem sobre a tecnologia da informação e os desafios que a Lei
1488 imprime ao sistema de informação do MS. Explicou que o Ministério da Saúde já dispunha de ambientes
1489 de divulgação de informação em saúde como, por exemplo, o Portal da Transparência. Todavia, a Lei
1490 ampliou a prerrogativa da transparência e o Departamento está aprendendo a lidar com a Lei em termos
1491 de tecnologia. Ressaltou que o Departamento tem evidenciado grandes esforços para apresentar as
1492 informações solicitadas no prazo de 20 dias. Do ponto de vista da tecnologia, frisou que a Lei é um
1493 grande desafio, porque em outros países foram destinados mais tempo e mais acesso para garantia da
1494 informação. Salientou a preocupação com a infraestrutura necessária para atender a demanda, caso se
1495 torne mais intensa e, internamente, estão sendo feitos estudos para encontrar uma ferramenta de busca
1496 para oferecer essa informação de forma mais dinâmica. Ressaltou que esse investimento no acesso à
1497 informação também trará benefícios ao Departamento. **Manifestações**. Conselheira **Rosangela da Silva**
1498 **Santos** salientou a importância de definir estratégias para capacitar pessoas que buscam informações,
1499 mas ainda tem dificuldades para acessar a internet. Nesse sentido, sugeriu que os GTs de avaliação da
1500 inclusão digital levantem e avaliem essas dificuldades, em articulação com os coordenadores de Plenária,
1501 na linha de pensar em uma capacitação mais simples para utilizar o sistema de busca da informação.
1502 Conselheira **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa** saudou a iniciativa e avaliou que a academia deve
1503 participar de forma a contribuir com a prática da saúde. Perguntou se o Departamento apresentará algum
1504 trabalho no Congresso de Prevenção de DST AIDS, considerando essa atividade uma oportunidade para
1505 divulgar a informação. Também quis saber da possibilidade de disponibilizar a gravação das reuniões do
1506 Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais. Conselheiro **Geordeci M. Souza**, primeiro, perguntou se
1507 a Lei permite obter informações sobre os contratos firmados com empresas terceirizadas. No mais,

1508 salientou que é preciso capacitar os conselheiros municipais para o uso das ferramentas da internet, na
1509 linha de qualificar as intervenções do Conselho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o momento é
1510 de organização das informações do Ministério da Saúde que já estavam à disposição dos interessados.
1511 No seu modo de ver, é preciso promover um debate sobre o que fazer com as informações adquiridas.
1512 Nessa linha, perguntou como o Ministério da Saúde irá colaborar para que as pessoas potencializem as
1513 informações e promovam a melhoria da saúde das pessoas. Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** disse
1514 que a Lei trata do acesso à informação, enquanto direito civil a partir de duas perspectivas
1515 complementares - disponibilização das informações, por parte das instituições que lidam com o interesse
1516 público e também de demandas por essas informações. Nesse cenário, salientou que o MS tem cumprido
1517 o seu papel, todavia, a tarefa se amplia diante da diversidade de municípios e é preciso discutir o apoio
1518 técnico e financeiro do MS e dos Estados para a consequência prática desse acesso à informação.
1519 Assim, perguntou se estão previstos recursos para incrementar os conselhos de saúde e possibilitar a
1520 disponibilização de informações sobre as suas deliberações, fiscalizações e diretrizes, por exemplo.
1521 Destacou também a importância de disponibilizar ferramentas e dispositivos em códigos abertos e livros e
1522 informações que possam ser agregadas, além das demandas feitas pelas pessoas e instituições. Ou
1523 seja, o formato das informações deve ser compatível com a perspectiva do acesso à informação como
1524 direito civil e possibilidade de mobilização em torno da luta pela cidadania a partir desse acesso.
1525 Conselheira **Jurema Werneck** focou a sua fala no papel do CNS e, nesse sentido, perguntou como
1526 conduzir para que as informações do CNS cheguem ao usuário do SUS. Também indagou se as
1527 ferramentas de comunicação do CNS – revista, site, programa de rádio – são suficientes para
1528 disponibilizar informações à sociedade. Destacou ainda que recentemente o movimento social fez uma
1529 manifestação pública sobre a forma de prestação de contas pela Secretaria Executiva do MS, porque
1530 “nomes fantasias” de Programa dificultam o acompanhamento da execução das ações e programas. Por
1531 fim, clarificou que direito à informação não se restringe apenas ao acesso à internet, uma vez que o
1532 computador não é uma realidade em todos os cantos do país. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**
1533 cumprimentou a mesa pela proposta e salientou que é preciso fazer chegar a informação à população.
1534 Nessa linha, fez as seguintes indagações para reflexão: Quem tem acesso à informação? Como se dá
1535 esse acesso à informação? Como a informação chega aos locais longínquos do país como, por exemplo,
1536 os quilombos? Salientou que é preciso dialogar com as universidades federais a fim de fazer chegar as
1537 informações às rádios comunitárias, por exemplo, considerando que a internet não é o único meio de
1538 informação disponível no país. Conselheira **Lígia Bahia** salientou que é preciso associar a Lei à
1539 possibilidade de aumentar a participação do CNS nas decisões do governo. Na linha da transparência,
1540 propôs que o CNS solicite ao MS informações sobre a execução das emendas parlamentares
1541 executadas, considerando esse momento de véspera das eleições municipais. Também perguntou como
1542 o CNS e as instituições podem solicitar informações – pela internet, por telefone... - e salientou que os
1543 conselhos devem controlar se as demandas por informações estão sendo respondidas. A respeito da
1544 saúde indígena, sugeriu que os fóruns solicitem informações a respeito para contribuir no processo de
1545 deliberação do CNS. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, salientou que é preciso
1546 considerar que o CNS, além de demandante, é detentor de informações. Explicou que o Conselho dispõe
1547 de arquivo com a memória do controle social que precisa de melhorias e, inclusive, foi disponibilizado
1548 recurso para esse fim. Informou que o CNS recebeu a demanda de informações sobre os relatórios das
1549 Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Temáticas, com prazo de 15 dias para resposta e
1550 essa solicitação mostrou a necessidade, de fato, de qualificar a informação do ponto de vista da
1551 demanda. Além disso, salientou que o Conselho dispõe do arquivo da CONEP, que contempla questões
1552 da produção científica e tecnológica, e é preciso trabalhar essa questão, inclusive, para estabelecer o que
1553 é sigiloso ou não. Também destacou que a XVII Plenária apontou três agendas principais de debate -
1554 comunicação, informação e educação – e é preciso avançar nessas três dimensões. Destacou que o
1555 desafio é organizar a demanda e a oferta de fortalecimento pelo viés da informação e comunicação.
1556 Nesse sentido, falou da proposta de projeto para articular e organizar a informação em rede, inclusive
1557 com plataformas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** começou destacando a dificuldade de
1558 materializar a Lei nº. 8.080/1990 e apontou a democracia participativa como um dos elementos
1559 importantes do processo de tomada de decisão na saúde. Para reflexão, perguntou qual o papel do CNS
1560 na definição dessa decisão. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, na condição de ex-aluna da
1561 disciplina sobre comunicação comunitária da UnB, destacou a importância da relação do estudante com a
1562 realidade. A respeito do apoio técnico e financeiro, destacou o aumento expressivo do orçamento do CNS
1563 nos últimos anos e as importantes iniciativas oriundas do controle social e adotadas pelo governo como,
1564 por exemplo, o Programa de Inclusão Digital. No que se refere a conselhos, disse que é preciso delimitar
1565 o que é apoio técnico e financeiro e definir o que ficará sob a gestão política do Conselho. Salientou que
1566 a Plenária de Conselhos fez uma série de questionamentos, o que demonstrou a necessidade de
1567 informar melhor sobre as questões debatidas no CNS e as suas deliberações. Também disse que essa
1568 pauta deve permanecer do CNS, a fim de definir, inclusive, como o Conselho irá tratar as determinações
1569 da Lei, com debate prévio na CICIS/CNS. Por fim, frisou que a Lei pode ser uma aliada do processo
1570 democrático, todavia é preciso cuidar para que não caia no esquecimento. Conselheira **Francisca Rêgo**

1571 de Araújo perguntou se os instrumentos de informação estão acessíveis às pessoas com deficiência –
1572 visual, auditiva, por exemplo. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** reforçou a importância da
1573 capacitação para utilizar os instrumentos de busca de informação e sugeriu iniciar pelo GT do PID que
1574 está presente em todos os Estados. Conselheira **Marisa Furia Silva** reiterou que é importante garantir as
1575 ferramentas para acesso das pessoas com deficiência aos instrumentos de busca de informação.
1576 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** cumprimentou o governo pela iniciativa por entender que contribui
1577 para o fortalecimento do exercício da democracia no país. Todavia, disse que a Lei enfrentará resistência,
1578 por se tratar de uma proposta contra hegemônica. Em relação à transparência da informação, registrou o
1579 seu desconforto diante de ações na justiça, impetradas por entidades sindicais, para impedir a divulgação
1580 do salário de trabalhador público. Por fim, defendeu que o CNS envide esforços para garantir a
1581 transformação cultural necessária do país. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** destacou que é
1582 preciso avançar na comunicação de dados, inclusive para que esses sejam mais qualificados. Também
1583 ressaltou que se deve refletir sobre o tipo de comunicação que se faz, lembrando, inclusive, que
1584 campanhas de saúde, às vezes, não alcançam o esperado. Por fim, disse que é preciso avançar em
1585 alguns aspectos, com o acesso das pessoas com deficiência à informação, a fim de garantir o real
1586 exercício da democracia. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** destacou que, ao publicizar os seus
1587 salários, os funcionários públicos sofrem assédio moral e, por isso, os sindicatos se negaram a divulgar
1588 essa informação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** iniciou ressaltando que a Lei é fruto de uma
1589 luta política e cabe à sociedade defendê-la. Avaliou que é preciso mostrar o alcance real da lei para
1590 garantir a sua disseminação e, por se tratar de uma forma de transparência, a lei é um marco que deverá
1591 ser discutido. A partir da Lei, sugeriu a realização de um seminário, com a participação do MS e das
1592 universidades, por exemplo, para inclusive adequar o rumo das comissões do CNS que são importantes
1593 e podem contribuir para que a Lei se implemente. Conselheiro **Fernando Souza** destacou que as
1594 instâncias de controle social devem estar capacitadas para digerir as informações e dar os
1595 encaminhamentos necessários. Disse que é preciso considerar ainda a divulgação de informações
1596 convenientes e/ou para cumprir formalidades da Lei. No caso da saúde indígena, por exemplo, destacou
1597 a divulgação de incremento no número de profissionais de saúde, todavia, essa iniciativa não melhorou a
1598 qualidade da atenção básica prestada nas aldeias indígenas. Conselheiro **Cid Pimentel** reiterou a
1599 necessidade de capacitação sobre a Lei de Acesso à Informação e sugeriu que o CNS defina um
1600 conjunto de procedimentos para capacitar as pessoas para solicitar informações. Também destacou a
1601 importância de utilizar as redes sociais nesse processo e de criar salas de situação para contribuir nesse
1602 processo. Conselheiro **Edmundo Omore** avaliou que a Lei de Acesso à Informação é importante e é
1603 necessário capacitar os conselheiros distritais indígenas para acessar as informações e intervir para
1604 melhoria das condições de vida dos povos indígenas. Também disse que é preciso garantir a
1605 transparência na divulgação das informações sobre a aplicação de recursos para verificar os reais
1606 beneficiários – foram as mulheres indígenas que morrem no parto? As crianças que morrem por diversas
1607 doenças? Salientou que a situação crítica da saúde indígena se justifica por má gestão e por falta de
1608 compromisso com esses povos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio novamente para
1609 propor o seguinte encaminhamento: informar nas rádios de grande circulação o montante de recursos
1610 destinados a estados e municípios. O professor da UnB, **Fernando Oliveira Paulino**, manifestou
1611 satisfação com as falas dos conselheiros que demonstram a compreensão acerca da conexão entre o
1612 direito ao acesso a informações públicas e a afirmação de direitos e o entendimento que a comunicação
1613 transcende os direitos individuais e alcança os direitos coletivos. Destacou que o direito de acesso à
1614 informação pública insere-se na necessidade de formulação, implementação e avaliação de políticas
1615 públicas e salientou a responsabilidade do Estado para colocar em prática esses direitos, uma vez que
1616 parte da população não tem condições de acessar e produzir informações. Nesse sentido, sugeriu que o
1617 CNS realize testes de acesso ao site e às suas publicações e sugeriu como referência a Escola de Rede
1618 do Rio de Janeiro. Também destacou que o processo de pedido de informação pública deve entrar na
1619 agenda da sala de aula, preparando os alunos, desde a formação elementar, para diálogo com o Estado.
1620 Avaliou que é preciso pensar um processo de capacitação e treinamento, produção de material e
1621 trabalhar em um processo contínuo de mudança cultural e de atitude. Sugeriu que o CNS busque
1622 parceria com universidades e conselhos de saúde para o trabalho de formação, inclusive com criação de
1623 mascote para incentivar a população na busca por informação. Concordou que a maior dificuldade será
1624 articular a rede para estimular a solicitação de informações, todavia, avaliou que o CNS dispõe das
1625 condições para transcender as informações no âmbito estadual e municipal para estimular a solicitação
1626 de informações e acompanhamento. A respeito do Congresso de DST AIDS, disse que verificará a
1627 possibilidade de participação na atividade. Por fim, recomendou ao CNS um estímulo à criação do
1628 conselho nacional de comunicação para tratar das políticas públicas nessa área. O Diretor de Programas
1629 da SE/MS, **Giliate Cardoso Coelho Neto**, informou que foram feitos vários pedidos de contratos
1630 terceirizados e o Ministério tem disponibilizado no Portal. Caso não estejam, disse que se deve fazer o
1631 pedido pelo SIC, por se tratar de informação pública. Também reiterou que os pedidos de informação ao
1632 SIC podem ser feitos pela internet ou por telefone (136). Disse que nesse primeiro momento a
1633 preocupação foi dar respostas aos dispositivos mais essenciais da Lei, ou seja, conjunto de informações

1634 passíveis de auxiliar no controle social – contrato, convênios, agenda de autoridade. No caso do cidadão,
1635 destacou que a informação que mais interessa é aquela relativa à prestação de serviço e, nesse sentido,
1636 informou que o MS lançará nos próximos meses um site com informações sobre os serviços de saúde.
1637 Lembrou, inclusive, que uma das exigências da Lei é a organização da informação sobre a prestação de
1638 serviço e concordou que é preciso políticas públicas para informar a população sobre a disponibilidade da
1639 informação. No mais, informou que a única informação negada referiu a contrato de transferência de
1640 tecnologia para medicamento antirretroviral, porque a Lei visa proteger o desenvolvimento tecnológico do
1641 Estado. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para outras informações. O
1642 Coordenador Geral de Desenvolvimento do DATASUS, **Maurício Bucciolli Guernelli**, começou
1643 esclarecendo que o site é um dos canais de busca de informação e ressaltou que mais importante que o
1644 mecanismo de busca é a garantia do acesso. A respeito da disponibilidade dos vídeos de reuniões,
1645 explicou que o DATASUS dispõe de equipamento para transmissão de reunião em tempo real e é preciso
1646 solicitar à área gestora a disponibilização. Sobre a capacitação, avaliou que deve ocorrer em dois
1647 momentos: entendimento da Lei de Acesso à Informação; e entendimento das ferramentas de acesso à
1648 informação. A propósito, informou que podem ser elaborados materiais e vídeos e há ferramentas
1649 disponíveis para capacitação à distância. Disse que o aprimoramento se dará no processo tanto em
1650 termos da disponibilização da informação quanto da agilidade da resposta. Ressaltou que o grande
1651 desafio do DATASUS é conseguir, em um primeiro momento, disseminar o direito à informação e o dever
1652 de informar a partir dos dados disponíveis. Paralelamente, deve-se debater a qualidade da
1653 disponibilidade da informação. Inclusive, salientou que é difícil prover informação com qualidade quando
1654 há dificuldade de buscar informações porque os bancos de dados não estão preparados. Ressaltou que
1655 as informações sempre estiveram disponíveis, sendo necessário capacitar para a busca da informação,
1656 uma vez que esse processo não é tão simples. Salientou, inclusive, que informações complexas
1657 necessitam de instrumentos de busca mais complexo e, invariavelmente, mais esforço do pesquisador.
1658 Reiterou que o DATASUS está à disposição e tem se esforçado para responder da mais maneira mais
1659 rápida e precisa possível, apesar de entender que é preciso ir mais além, inclusive para facilitar acesso.
1660 Também informou que a metodologia de desenvolvimento de site considera critérios de acessibilidade,
1661 todavia, concordou que é preciso avançar ainda mais. Sobre as informações acerca de repasses
1662 financeiros, disse que a área tem evoluído no trato da informação, mas o Departamento ainda não
1663 consegue absorver e transformar os sistemas de informações para disponibilizar a informação de forma
1664 clara. De todo modo, destacou que o DATASUS tem trabalhado na construção de mecanismos para
1665 responder, de forma precisa, onde determinado recurso foi aplicado dentro da assistência à saúde.
1666 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: 1)
1667 elaborar proposta de capacitação sobre a Lei de Acesso à Informação e das ferramentas de busca da
1668 informação, a ser apresentada ao Plenário – sugeriu remeter para as Comissões Intersetorial de
1669 Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS/CNS) e Intersetorial de Comunicação e
1670 Informação em Saúde (CICIS/CNS); 2) apresentar uma proposta para melhorar o monitoramento das
1671 respostas às demandas dos conselhos - propôs que a Secretaria Executiva do CNS apresente uma
1672 proposta nesse sentido; 3) solicitar ao MS informações sobre a execução das emendas parlamentares; 4)
1673 recomendar que seja incrementada acessibilidade das pessoas com deficiência à informação; e 5)
1674 retomar a divulgação, pela mídia rádio, de informações sobre repasses feitos pelo governo federal.
1675 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** ressaltou a importância de garantir a participação do PID na
1676 elaboração da proposta de capacitação. **Deliberação: as propostas foram aprovadas.** Conselheira
1677 **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu ao Plenário a aprovação de uma recomendação para a criação do
1678 conselho nacional de comunicação. **Deliberação: aprovada, por aclamação, uma recomendação para**
1679 **criação do Conselho Nacional de Comunicação (Voto contrário da conselheira Lígia Bahia).**
1680 Conselheira **Verônica Lourenço** sugeriu também diálogo do professor Fernando Oliveira Paulino com a
1681 SE/CNS a fim de contemplar a experiência sobre participação cidadã no II Laboratório de Inovações.
1682 Conselheiro **Alcides Silva de Miranda** agradeceu os expositores e encerrou o debate deste item. A
1683 seguir, a mesa abriu para breve informes. Conselheira **Marisa Furia Silva** registrou a solicitação de pauta
1684 para a próxima reunião para tratar do Programa “Viver sem Limites” no eixo da saúde – centro de
1685 reabilitação das pessoas com deficiência. Também sugeriu que o Plenário acompanhe o desdobramento
1686 da Política da Pessoa com Deficiência. Conselheiro **Cid Pimentel** comprometeu-se a apresentar o
1687 relatório do Comitê de Monitoramento e Avaliação. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu uma
1688 reunião das entidades com a área técnica do MS para tratar da Portaria que institui o Programa, antes da
1689 próxima reunião do CNS. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** explicou que o CONADE conseguiu a
1690 apresentação do instrumento de classificação do grau de funcionalidade de pessoas com deficiências e já
1691 foi aprovada a realização de projeto piloto para avaliação desse item de funcionalidade. Dessa forma,
1692 salientou que é importante reunir entidades e áreas técnicas do MS, inclusive para levar as informações
1693 para o debate sobre funcionalidade. **Deliberação: pautar, na próxima reunião do CNS, o Programa**
1694 **“Viver sem Limites” no eixo da saúde – centro de reabilitação das pessoas com deficiência.**
1695 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou a revogação da Portaria nº. 818, que dispõe sobre a
1696 assistência ao deficiente, pela Portaria nº. 793/2012, que, entre outros aspectos, reduziu as equipes de

1697 saúde à equipe “mínima”, com exclusão dos profissionais de psicologia e nutrição e não inclusão do
1698 ondontólogo; e a publicação da Portaria nº. 835/2012. Desse modo, propôs a criação de um GT para
1699 rever as Portarias nºs 793/2012 e 835/2012. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a
1700 Portaria não inclui o cirurgião dentista na equipe “mínima” e determina a atenção por meio do CEOS que
1701 não estão dentro dos espaços físicos criados para reabilitação. Assim, a pessoa com necessidade será
1702 levada para os centros de reabilitação e, posteriormente, encaminhada para outros espaços. Conselheiro
1703 **Clóvis Boufleur** sugeriu que, ao invés de criar GT, uma comissão assuma o debate, na lógica de ampliar
1704 a discussão e a Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** concordou com a proposta. Conselheira **Maria**
1705 **Cristina Pedro Biz** sugeriu que a Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência assuma esse debate.
1706 Além disso, salientou que, a partir da criação da Rede de Cuidados de Saúde da Pessoa com
1707 Deficiência, foi revogada a Portaria nº. 2.073/2004, que instituía a Política Nacional de Saúde Auditiva.
1708 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que um grupo de profissionais do FENTAS debateu as
1709 Portarias, identificando lacunas e elaborou proposta de minuta de revisão. Também apelou ao Ministro da
1710 Saúde que modifique a lógica de definir regras sem a apreciação do Plenário do CNS. **Deliberação: na**
1711 **próxima reunião da Comissão da Pessoa com Deficiência, pautar debate das Portarias nºs.**
1712 **793/2012 e 835/2012, assegurando a participação de representantes do FENTAS.** Definido esse
1713 ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM**
1714 **6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - POLÍTICA NACIONAL DE**
1715 **EDUCAÇÃO POPULAR** - Apresentação: **Reginaldo Alves das Chagas**, Coordenador Geral de Apoio à
1716 Educação Popular e Mobilização Social – DAGEP/SGEP; **Selvino Heck**, SNAS/PR. Coordenação:
1717 conselheira **Jurema Pinto Werneck**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Jurema Pinto Werneck**,
1718 inicialmente, explicou que a pauta da Política Nacional de Educação Popular é uma demanda do Pleno
1719 para as Comissões de Educação Permanente e Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. Todavia,
1720 a Política ainda não foi debatida na CIRH/CNS. Também justificou a ausência da coordenadora do
1721 DAGEP/SGEP por problemas de saúde. O Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e
1722 Mobilização Social/DAGEP/SGEP, **Reginaldo Alves das Chagas**, iniciou agradecendo a oportunidade
1723 de apresentar a Política Nacional de Educação Popular, que é resultado de uma construção coletiva
1724 iniciada em 2003. Destacou que, em 2009, a SGEP criou o Comitê Nacional de Educação Popular em
1725 Saúde (CNEPS) com a missão de qualificar a interlocução com os coletivos e movimentos de educação
1726 popular em saúde (EPS), bem como acompanhar o processo de formulação desta Política no contexto do
1727 SUS. Explicou que a Educação Popular em Saúde consiste em pensar projetos educativos “com” as
1728 comunidades e não “para” elas. Trata-se de uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se
1729 opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável.
1730 Acrescentou que se trata da práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos
1731 educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada: à promoção da autonomia
1732 das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico científicos, à formação da
1733 consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das
1734 desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão. Lembrou que Paulo
1735 Freire (1996) explicita a necessidade de transpor o modelo bancário na diversidade das relações
1736 humanas que envolvem os processos educativos. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS)
1737 tem se apresentado como um contraponto às práticas centralizadas e autoritárias que ainda demarcam a
1738 gestão, o cuidado e as ações transversais da educação em saúde (STOTZ, 2004). Salientou o desafio de
1739 trazer para um modelo de política formatada uma proposta que trabalha com a intencionalidade e com a
1740 vontade de transformação da sociedade. Nesse sentido, detalhou que a Política é composta pelos
1741 seguintes capítulos: 1. Caminhos de formulação da PNEPS - 1.1 A contextualização histórica da
1742 Educação Popular em Saúde e sua institucionalização como política; e 1.2 Algumas dimensões da
1743 Educação Popular em Saúde; 2. Fundamentação legal; 3. Princípios teóricos metodológicos da Política
1744 Nacional de Educação Popular em Saúde; 4. Eixos estratégicos e perspectivas para o SUS; 5. Objetivos:
1745 Geral e Específicos; e 6. Responsabilidades e atribuições das esferas de gestão do SUS. Detalhou que
1746 os princípios teóricos metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde são: diálogo;
1747 amorosidade; problematização; construção compartilhada do saber; emancipação; e compromisso com a
1748 construção do projeto democrático popular. Explicou que dialogar é o encontro de conhecimentos
1749 construídos histórica e culturalmente por sujeitos, portanto, o encontro desses sujeitos na
1750 intersubjetividade. Ressaltou que o diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que
1751 sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com
1752 os processos de transformação e humanização. Disse que a amorosidade permite que o afeto se torne
1753 elemento estruturante da busca pela saúde. No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde
1754 surge uma emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas,
1755 ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração
1756 racional. A respeito da problematização, esclareceu que implica a existência de relações dialógicas e
1757 enquanto um dos princípios da PNEPS propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura
1758 e análise crítica da realidade. A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a
1759 identificação das situações limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las por

1760 meio de ações para sua superação. Acerca da construção compartilhada do conhecimento, disse que
1761 consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e
1762 inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de
1763 saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. No que se refere à emancipação, destacou
1764 que fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as
1765 pessoas e grupos, sejam protagonistas por meio da reflexão, diálogo, expressão da amorosidade,
1766 criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro. Salientou
1767 que ter a emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde pressupõe a construção de
1768 processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e
1769 doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação
1770 nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável. Também destacou a
1771 relação da Política com o compromisso da construção do Projeto Democrático e Popular, promotor da
1772 vida, que se caracteriza por princípios como: a valorização do ser humano em sua integralidade; a
1773 soberania e autodeterminação dos povos; o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual,
1774 religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade; o protagonismo, a organização e o poder
1775 popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia
1776 universal aos direitos, e reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto. Detalhou que são eixos
1777 estratégicos da Política: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e
1778 produção do conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. Destacou
1779 que o objetivo geral da Política é implementar a educação popular em saúde no âmbito do SUS,
1780 contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a
1781 formação e as práticas educativas em saúde. Ou seja, a proposta é possibilitar diálogo aberto e franco
1782 das multiculturalidades do povo brasileiro - parteiras, rezadeiras – com o sistema formal de saúde.
1783 Também detalhou os objetivos específicos da Política, quais sejam: promover o diálogo e a troca entre
1784 práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão,
1785 dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das
1786 instituições formadoras; fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; reconhecer e valorizar as
1787 culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das
1788 práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; fortalecer os
1789 movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e
1790 promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde;
1791 incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de
1792 saúde; apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências
1793 originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da
1794 formação e da participação popular em saúde; contribuir com a implementação de estratégias e ações de
1795 comunicação e informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares;
1796 contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na
1797 Educação Popular em Saúde; apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde,
1798 fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde
1799 como espaços de formulação de políticas públicas; contribuir com a Educação Permanente dos
1800 trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus
1801 processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e assegurar a participação popular
1802 no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a
1803 implementação da PNEPS-SUS. Além disso, salientou que a Política prevê responsabilidades e
1804 atribuições relacionadas à gestão do SUS - Ministério da Saúde e Órgãos Vinculados, Secretarias
1805 Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Detalhou que são responsabilidades do
1806 Ministério da Saúde: implementar as ações da PNEPS-SUS incorporando-as aos Planos Plurianual e
1807 Nacional de Saúde; estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da
1808 PNEPS-SUS construídas no âmbito do CNEPS; garantir financiamento para implementação da PNEPS
1809 de forma integral; promover a articulação intrassetorial permanente para a implementação da PNEPS-
1810 SUS; promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com à PNEPS; e
1811 apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde para implementar a PNEPS. Por fim, falou do
1812 prêmio Victor Valla, uma das estratégias de implantação da Política, que visa contribuir com o
1813 fortalecimento de grupos, movimentos populares e acadêmicos, assim como serviços de saúde que
1814 desenvolvem ações de educação popular em saúde. Disse que são premiadas iniciativas inéditas de
1815 caráter público, sem fins lucrativos, embasadas nos princípios da Educação Popular e articuladas ao SUS
1816 em quatro categorias: narrativas ou relatos, produções audiovisuais ou musicais, textos artísticos e textos
1817 científicos. A seguir, expôs o representante da SNAS/PR, **Selvino Heck**, com um panorama do
1818 surgimento do debate sobre educação popular em saúde e contexto em que a Política se insere. Relatou
1819 que, em 2003, o governo federal apresentou uma série de iniciativas com destaque para a instituição do
1820 Programa Fome Zero no Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar - MESA. Aliado a esse
1821 processo, propôs-se um programa de mobilização social, inclusive de envolvimento da sociedade nas
1822 políticas do Fome Zero. Nessa linha, destacou a fala do Frei Beto, responsável pelo Programa, à época:

1823 “Matar a fome de pão é essencial, mas, ao mesmo tempo, é preciso saciar a fome de beleza, de
1824 participação, de respeito, de dignidade”. Também destacou que esse processo de mobilização social
1825 contribuiu para a instituição da Rede Nacional Cidadã (RECID), que está presente em todo o país. Hoje,
1826 no governo Dilma Rousseff, o trabalho foi para a Secretaria geral da Presidência da República e a RECID
1827 permanece com o seu trabalho mais articulada com o conjunto dos movimentos sociais e populares e
1828 com as políticas públicas. Salientou que a ideia é transformar a participação social em método de
1829 governo, culminando com a criação do Sistema Nacional de Participação Social até 2014. Disse que no
1830 atual governo tem sido possível avançar na articulação com o conjunto dos processos formativos e
1831 educativos e também está em debate um amplo processo de formação, envolvendo as áreas do governo
1832 e dos movimentos sociais e populares. Salientou que a saúde deve dialogar com um conjunto de
1833 elementos relacionados à vida das pessoas – ambiente, produção de alimentos, educação – e essa é a
1834 linha de trabalho. Por fim, citou a fala do Ministro Gilberto Carvalho no Encontro Nacional da Rede de
1835 Educação Cidadã: “Para onde vai o país? Para onde vai o projeto nosso? Qual o destino dessa
1836 sociedade do ponto de vista dos seus valores? Do ponto de vista da sua relação com o outro? Da sua
1837 relação social, da sua relação com a sua natureza e com o próprio conceito de desenvolvimento? Esses
1838 quarenta e tantos milhões de brasileiros que estavam na exclusão e que graças às políticas muito
1839 corretas, inclusive na área da saúde começam a se incorporar ao consumo, a ter direitos que antes lhes
1840 eram negados, serão apenas novos consumidores ou consumistas? Serão pessoas que apenas irão
1841 depredar a natureza? Não levam em conta a vida em sociedade? Ou serão pessoas que serão
1842 desafiadas e convidadas a ter uma vida em solidariedade, em fraternidade, deixando na construção de
1843 um novo modelo de sociedade do Brasil? Acrescentou que, ao perguntar qual papel devem desempenhar
1844 os educadores populares da Rede de Educação Cidadã para fortalecer um Projeto Popular para o Brasil,
1845 o ministro Gilberto Carvalho responde: “Se eu pudesse definir o trabalho de vocês, me permitam retomar
1846 uma figura do Evangelho, o fermento na massa, do fermento silencioso, sem aparecer nada, quase se
1847 confundindo com a massa, mas fazendo-se massa. Quando cresce o pão, o fermento desaparece, mas
1848 no silêncio daquela massa vai levedando, fazendo com que a massa cresça. Assim eu enxergo o trabalho
1849 de vocês. E insisto. Vocês têm uma enorme responsabilidade, que é manter viva essa chama, essa
1850 teimosia da afirmação de que de fato, não na retórica, não na poesia, mas na prática é possível construir
1851 uma nova sociedade, uma nova relação, um novo homem, uma nova mulher, um novo jovem e assim por
1852 diante. Dentro daquilo que a gente chama de um projeto de fato sustentável para o Brasil, para a América
1853 Latina”. Por fim, fez a leitura de um texto, de sua autoria, preparatório para o V Encontro Nacional de
1854 Educação Popular em Saúde. Antes de abrir a palavra para o Plenário, conselheira **Jurema Werneck**
1855 registrou a presença da equipe do DAGEP/MS e da representante do Movimento Popular em Saúde/SE,
1856 **Simone Leite** e da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde. **Manifestações**. Conselheira
1857 **Eline Jonas** manifestou entusiasmo com a perspectiva de incorporar a educação popular no Estado
1858 brasileiro e perguntou o que foi possível alcançar em termos de resultado desse processo. Conselheiro
1859 **Clóvis Boufleur** homenageou a iniciativa que recupera o saber popular em saúde e manifestou apoio à
1860 proposta. Disse que o desafio é organizar e potencializar o que foi acumulado ao longo do tempo a partir
1861 da Política. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** manifestou satisfação com o lançamento da Política que
1862 reconhece a importância do movimento social e do conhecimento popular em saúde nas práticas de
1863 saúde no Brasil e no SUS. Todavia, manifestou preocupação como o movimento de criminalização dos
1864 movimentos sociais e desvalorização da ONGs, porque tem prejudicado a ação do movimento popular
1865 em saúde. Além disso, salientou que as Organizações Sociais tem enfrentado dificuldades para acessar
1866 recursos públicos, colocando em risco as práticas populares em saúde. Nesse sentido, ressaltou a
1867 importância de pautar debate sobre essa questão no CNS no sentido de avançar na definição de um
1868 marco legal das ONGs enfrentando a situação de forma ampla. Conselheiro **Artur Custódio de Souza**
1869 salientou que, além de institucionalizar as práticas de educação popular, é preciso implementá-las no
1870 âmbito de todos os setores do MS. Ou seja, a intenção é contemplar o conhecimento popular nas
1871 políticas públicas do Estado. Também relatou que o interventor da Colônia de Itu/SP expulsou os
1872 representantes da OAB e do MORHAN da reunião, desconsiderando os saberes dos usuários do local.
1873 Além disso, informou que a Secretaria da Presidência da República comprometeu-se a vir ao CNS
1874 debater o marco legal das ONGs e propostas para responder a situação. Conselheira **Verônica**
1875 **Lourenço da Silva**, na condição de educadora popular em saúde, salientou a importância da Política e
1876 perguntou como essa iniciativa fortalecerá a ação do movimento popular e as práticas cotidianas nas
1877 comunidades – parteiras, benzedeiras... Por fim, parabenizou toda a equipe do DAGEP e ressaltou que é
1878 preciso fazer acontecer a educação popular em saúde em todos os lugares do país. Conselheiro **Alcides**
1879 **Silva de Miranda** começou a sua fala registrando a presença simbólica de Vera Dantas e salientou que é
1880 preciso admitir que a reapropriação do conhecimento é imprescindível para qualquer projeto de cidadania
1881 e civilização. Lembrou que esse movimento foi incorporado pelo MS nos últimos anos, mas em
1882 determinados momentos foi marginalizado e, apesar de ter sido incorporado, ainda é acessório.
1883 Manifestou satisfação com esse debate no âmbito da Presidência da República, todavia, disse que é
1884 preciso entender que promoção da saúde não é um mero jargão da integralidade; é preciso ter
1885 consequência prática, ou seja, ser uma política de Estado que deve ser apropriada. Por fim, frisou que

esse debate é uma oportunidade para congratular a todos que se esforçaram para alcançar a Política e definir encaminhamentos para que a prioridade não seja mais acessória e sim definitiva. **Retorno da mesa.** O representante da SNAS/PR, **Selvino Heck**, agradeceu as saudações e salientou que a Política é resultado de esforço coletivo. Quanto a resultados e balanços, avaliou que, de um modo geral, o debate da Política, inclusive na Presidência da República é um sinal positivo. Destacou que o debate sobre Sistema Nacional de Participação Social ou da Participação Social como método de governo também é um avanço. Também salientou que as prioridades são definidas também a partir da definição para onde são alocados os recursos. Avaliou que o CNS deve apropriar-se do debate sobre o novo marco regulatório para as organizações da sociedade civil, uma vez que essa iniciativa necessitará de força política para ser efetivada. O coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social – DAGEP/SGEP, **Reginaldo Alves das Chagas**, explicou que a construção da Política partiu, inclusive, de experiências locais de implementação da educação popular em saúde no processo de gestão. Destacou, por exemplo, o “Cirandas da Vida”, um processo de educação popular, de Fortaleza, articulado inclusive com o Conselho de Saúde, que foi um dos modelos para elaboração da Política. Disse que a criminalização do movimento social é uma situação que causa preocupações e informou que estão em construção as práticas populares do cuidado no âmbito do SUS. Destacou o reconhecimento e o apoio do Ministro Padilha a essa pauta, o que não significa institucionalizar a educação popular, porque seria um contraditório. O coordenador do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS/DAGEP/MS, **Osvaldo Bonetti**, manifestou a satisfação da equipe do DAGEP em debater a Política no CNS, haja vista a importância do controle social para materializar essa proposta. Explicou que o processo de elaboração da Política iniciou-se em 2003 e outros governos acolheram e apoiaram esse processo, com destaque para Maria Luiz Jaeger, José Ivo Pedroza, Antônio Alves de Souza, Luiz Odorico de Andrade e Alexandre Padilha. Salientou que foi uma década de construção da Política por conta da delicadeza do tema e também dos embates. Inclusive, citou vários parceiros nessa caminhada, entre eles, Artur Custódio, José Wilson, Gislene, Eri Medeiros, Marlon e rede de terreiros. Explicou que se trata de um processo dialógico e a intenção da Política não é institucionalizar práticas de educação popular, mas sim princípios. Além disso, a Política carrega o contraditório: institucionaliza, mas protege o institucionalizado. Esclareceu que o plano operativo está em elaboração, mas destacou como ações as tendas Paulo Freire, as práticas de cuidado (a intenção não é institucionalizar, mas aproximar das ações de saúde), processos educativos (engloba um leque de ações inclusive de fortalecimento das ações já em curso), formação de agentes comunitários de saúde... Por fim, reiterou o desejo que a educação popular em saúde seja uma política de Estado e não de governo. **Manifestações.** Conselheira **Ivone Cabral** cumprimentou a todos os que contribuíram na elaboração da Política e manifestou o apoio da ABEn e das demais organizações de enfermagem à proposta. Lembrando Paulo Freire, salientou que os processos históricos de construção não ocorrem de forma espontânea, mas transformados na cultura e pelas raízes históricas e sociais. Também ressaltou a importância de levar o movimento de educação popular para o âmbito do processo de formação, uma vez que as mudanças de mentalidade são geradas a partir da formação dos novos profissionais. Manifestou satisfação com a perspectiva de atender as demandas de saúde para além da doença e dos profissionais médicos. Por fim, reiterou a solicitação para que a Política pense o processo formativo e de educação permanente na linha de integrar a educação popular aos programas de residência profissional e médica. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** cumprimentou os representantes do movimento de educação popular em saúde e parabenizou pela Política. Destacou que esse movimento vem sendo construído ao longo dos anos e salientou que o desafio é trabalhar de forma conjunta para empoderar as entidades, com priorização de recursos. Disse que a intenção é alcançar uma Política de Estado em Educação Popular em Saúde. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** iniciou a sua fala manifestando o seu respeito e admiração aos que militam na educação popular e a importância desta como um instrumento de democracia participativa, de participação nas políticas públicas. Destacou que no I Laboratório de Inovações foram inscritas várias experiências exitosas em educação popular e manifestou a sua intenção que seja um instrumento de interlocução com a sociedade. Conselheiro **Ubiratan Cassano** cumprimentou os construtores da Política e citou o seguinte trecho do programa como esclarecedor: “Assim, a Educação Popular é compreendida como perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. (3º parágrafo, pág.5).” Salientou que esse tipo de iniciativa é fundamental para a população tomar consciência plena de seus direitos e despertar o potencial para o exercício do controle social. Nesse contexto, disse que é fundamental associar a educação popular em saúde à extensão universitária (que apesar de ser fundamental para formação é algo que ainda está em estágio inicial nas universidades. E tem contribuição tanto do ponto de vista técnico quanto humano – para os estudantes tomarem conhecimento da realidade brasileira). Informou que a UNE, inclusive, desenvolveu importante iniciativa em 2005 com a Defesa, que foi a reativação do Projeto Rondon. Salientou que hoje pode ser considerado um dos maiores projetos de extensão do país, estando presente em universidades como UnB (institucionalizou), Universidade de São Paulo, UFRGS, Pelotas, todas as Católicas, UFC e mais de 200 universidades no país. Disse que já participaram 15 mil estudantes aproximadamente, nas regiões de

1949 mais baixo IDH do país. Salientou que o MS inclusive participa do comitê organizador e uma das
1950 atividades mais realizadas é a educação popular em saúde, sendo os cursos de saúde os que mais
1951 procuram. Frisou que esse fato é importante para demonstrar o tamanho da contribuição que as
1952 universidades e especialmente os estudantes podem dar na disseminação da educação popular em
1953 saúde. Salientou que a vivência é importante, mas é preciso formar convedores e principalmente
1954 transformadores da realidade, da prevenção no Brasil e do SUS. Disse que a formação dos cursos de
1955 graduação em saúde coletiva, inclusive, pode dar contribuições importantes nesse sentido. Conselheira
1956 **Lígia Bahia** concordou que o indicador de sucesso da política é o aumento do número de parteiras,
1957 benzedeiras, pois o número desses agentes vem diminuindo no país por conta da mudança cultural no
1958 país – aumento do número de evangélicos, por exemplo. Avaliou, inclusive, que a criminalização das
1959 políticas sociais está relacionada a essa mudança cultural. Disse que o Sírio Libanês e Albert Einstein
1960 solicitaram stand no Congresso da Abrasco e a diretoria da Associação negou o pedido, por entender que
1961 esse não deve ser o espaço do setor privado, da medicalização... Todavia, destacou que será difícil
1962 resistir às pressões para que seja disponibilizado espaço para os dois hospitais e solicitou o apoio do
1963 movimento social nesse sentido. Também manifestou apoio à Política, inclusive por entender que pode
1964 contribuir para modificar a consciência sanitária do país e solicitou que o tema retorne à pauta do CNS
1965 com frequência. No mais, solicitou que a situação da saúde indígena seja prioridade, por conta da grave
1966 situação. Por fim, salientou a importância da educação popular em saúde adentrar os espaços das
1967 universidades. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** começou a sua fala com a seguinte citação de
1968 Paulo Freire, em Pedagogia da autonomia: “A prática de velejar coloca a necessidade de saberes
1969 fundantes como o do domínio do barco, das partes que compõem e da função de cada uma delas, como
1970 o conhecimento dos ventos, de sua força, de sua direção, os ventos e as velas, a posição das velas, o
1971 papel do motor e da combinação entre motor e velas. Na prática de velejar se confirmam, se modificam
1972 ou se ampliam esses saberes. A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação
1973 Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo.” Salientou que o
1974 momento era histórico pela oportunidade de aprovar uma Política tão importante. Apelou ao CNS pela
1975 aprovação da Política pela sua importância e solicitou que seja discutida pelas três comissões – CIRH,
1976 CICIS e Comissão Permanente – a fim de apropriar-se dessa proposta. Por fim, cumprimentou todos que
1977 participaram da elaboração da proposta na pessoa do coordenador do CNEPS/MS, **Osvaldo Bonetti**.
1978 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** salientou o papel transformador e contra hegemônico da
1979 educação popular em saúde e frisou que hoje se enfrenta um dos mais difíceis momentos da história do
1980 SUS. Disse que é preciso estar atento ao processo de participação do governo; e é preciso estar claro o
1981 papel do governo e do movimento social. O último não pode ser cooptado pelo primeiro e o governo deve
1982 entender que o contraditório é importante. Conselheiro **Josiano Macedo Lima** parabenizou a política
1983 como fruto da luta de educadores populares. A representante do Movimento Popular em Saúde/SE,
1984 **Simone Leite**, explicou que a política foi construída a muitas mãos e foram realizados seis seminários
1985 regionais, com a participação de rezadeiras, benzedeiras, por exemplo. Salientou também que para
1986 implementar a Política no SUS é preciso o envolvimento de todos os movimentos. Além disso, ressaltou
1987 que é preciso trabalhar para que outras secretarias incorporem a educação popular e para que os
1988 profissionais de saúde conheçam a educação popular em saúde. O representante da SNAS/PR, **Selvino**
1989 **Heck**, reforçou a intenção de transformar a educação popular em política pública e é preciso dar mais
1990 alguns passos para que isso ocorra. Ressaltou, por fim, que a educação popular em saúde é o espaço da
1991 sociedade. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** manifestou a sua satisfação com a
1992 apreciação da Política no Plenário do CNS e frisou que é preciso definir mecanismos para colocá-la em
1993 prática. Nesse sentido, informou que estava sendo definida parceria com a FIOCRUZ para
1994 instrumentalizar os agentes de saúde. Por fim, disse que é preciso capacitar as lideranças comunitárias
1995 do país nas políticas públicas utilizando a educação popular em saúde. O Coordenador Geral de Apoio à
1996 Educação Popular e Mobilização Social/DAGEP/SGEP, **Reginaldo Alves das Chagas**, salientou que é
1997 necessário um processo de diálogo constante e permanente com a sociedade e inclusive com outros
1998 setores como a academia. Lembrou, inclusive, que o PET Saúde possibilita às universidades apresentar
1999 projetos em educação popular em saúde. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição
2000 para outros debates. Conselheira **Jurema Werneck** colocou em votação a Política e os
2001 encaminhamentos que emergiram do debate: pautar debate no CNS sobre acesso aos fundos públicos
2002 com convite à Secretaria Geral da Presidência da República; priorizar a saúde indígena nas ações do
2003 CNS e na Política de Educação Popular; e elaborar nota de repúdio ao interventor da colônia em Itu que
2004 recusou diálogo com a sociedade civil. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, a Política**
2005 **Nacional de Educação Popular**. Além disso, decidiu pautar debate no CNS sobre acesso aos
2006 fundos públicos com convite à Secretaria Geral da Presidência da República; priorizar a saúde
2007 indígena nas ações do CNS e na Política de Educação Popular; e elaborar nota de repúdio ao
2008 interventor da colônia em Itu que recusou diálogo com a sociedade civil. Finalizando, conselheira
2009 **Jurema Werneck** cumprimentou a diretora do DAGEP/MS, **Júlia Roland** e toda a equipe que contribui
2010 para elaboração da Política. Após, o assessor da SESAI/MS, **Valdenir França**, fez uma fala sobre a
2011 situação grave da saúde indígena no país e as dificuldades enfrentadas para superar a situação.

2012 Conselheiro **Clóvis Boufleur** retomou a proposta, apresentada pelo conselheiro Fernando Souza, de
2013 criar um GT para visitar os locais mais críticos. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu pautar o
2014 debate do tema, lembrando que foi constituído GT interministerial para levantar a situação de 16 DSEIs.
2015 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu convidar o Secretário da SESAI/SM para apresentar o
2016 plano de ação da Secretaria. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu pautar o tema na próxima reunião do
2017 CNS, com convite à representação indígena e governamental, no bojo de debate sobre a V CNSI.
2018 Conselheiro **Fernando Souza** insistiu na proposta de formar uma comissão do CNS para verificar a
2019 situação da saúde indígena *in loco*. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** insistiu que o CNS dialogue
2020 com o MS para conhecer as ações desse Ministério na lógica de realizar um trabalho conjunto.
2021 **Deliberação: o Plenário aprovou a formação de um GT para visitar *in loco* as áreas mais críticas**
2022 (**Vale do Javari, Campinápolis/MG – xavantes; Mato Grosso do Sul – guarani-kaiowá**). As
2023 cidades/locais serão encaminhadas posteriormente. Foram indicados para compor o GT:
2024 **Reginaldo Neves Gomes, Fernando Souza, um usuário, um trabalhador e um gestor/prestador**).
2025 Ministério da Saúde e SE/CNS verificarão como viabilizar as visitas. Além disso, o Plenário
2026 aprovou a inclusão do tema “saúde indígena” na próxima reunião do CNS, com convite à
2027 representação indígena e governamental no bojo de debate sobre a V CNSI. A seguir, a mesa foi
2028 composta para debate do processo eleitoral do CNS. **MINUTA DE REGIMENTO ELEITORAL DO CNS –**
2029 Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou os principais pontos da minuta de Regimento Eleitoral do CNS,
2030 com destaque para os seguintes aspectos: 1) a eleição realizar-se-á em 27 de novembro de 2012; 2) as
2031 inscrições das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais
2032 de saúde e das entidades de prestadores de serviços de saúde, bem como das entidades empresariais
2033 com atividade na área de saúde, na condição de eleitor e/ou candidato, para participarem da eleição,
2034 serão feitas no período de 10 de setembro de 2012 a 10 de novembro de 2012; 3) a documentação das
2035 entidades e os movimentos sociais que forem se candidatar como eleitor e/ou candidato a vaga no
2036 Conselho Nacional de Saúde deverão apresentar no ato da inscrição os seguintes documentos: I –
2037 Entidades: a) cópia da ata de fundação ou de ato legal, registrado em Cartório; b) cópia do estatuto e/ou
2038 regimento; c) termo de indicação do delegado e respectivo suplente que representarão a entidade,
2039 subscrito pelo seu representante legal; d) comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos; e) cópia
2040 da cédula de identidade do delegado e do suplente. II - Movimentos sociais: a) comprovante de existência
2041 do movimento por meio de um instrumento de comunicação e informação de circulação nacional de, no
2042 mínimo, 2 (dois) anos; b) relatório de atividades ou relatório de reuniões do movimento; c) documento de
2043 orgãos públicos que atestem a existência do movimento; d) termo de indicação do delegado e respectivo
2044 suplente que representarão o movimento social, subscrito pelo seu representante reconhecido; e e) cópia
2045 da cédula de identidade do delegado e do suplente; 4) a eleição para preenchimento das vagas ocorrerá
2046 no dia 27 de novembro de 2012. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou que na última eleição do
2047 CNS houve problemas em relação a recursos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** informou que parte das
2048 recomendações da Comissão Eleitoral do último processo foi incorporada à minuta do Regimento.
2049 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** defendeu a definição de um prazo para a leitura e análise do
2050 documento e a proposta foi acatada por outros conselheiros. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu o
2051 prazo até a próxima reunião para análise do documento e solicitou que eventuais sugestões de ajustes
2052 fossem encaminhadas à SE/CNS. Assim, a votação da proposta se daria na próxima reunião ordinária do
2053 CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que o Plenário definisse o prazo para inscrição: 10
2054 de setembro de 2012. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que o Plenário definisse também a
2055 composição da comissão eleitoral, a fim de agilizar o processo de preparação. **Deliberação: o Plenário**
2056 **decidiu adiar para a próxima reunião do CNS a votação da proposta de Regimento Eleitoral para o**
2057 **triênio 2012/2015. Eventuais sugestões à proposta deverão ser encaminhadas à SE/CNS a fim de**
2058 **serem incorporadas ao texto.** O Plenário aprovou ainda as seguintes questões acerca do processo
2059 eleitoral: a) a eleição realizar-se-á em 27 de novembro de 2012; b) as inscrições das entidades e
2060 dos movimentos sociais serão realizadas no período indicativo de 10 de setembro a 10 de
2061 novembro de 2012; c) a Comissão Eleitoral será composta por 8 pessoas e os nomes deverão ser
2062 indicados até o dia 19 de julho de 2012. **INDICAÇÕES.** 1) **Encontro Nacional de Estudantes de**
2063 **Farmácia.** Data: 24 de julho de 2012. *Indicação:* conselheiro **Francisco Batista Júnior.** 2) **Evento do**
2064 **Conselho Municipal de Araguarina** – atividade de educação permanente. *Indicação:* conselheiro
2065 **Arnaldo Marcolino.** 3) **Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.** 26 de julho. *Usuário:*
2066 **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa;** e *Trabalhador:* **Oriana Bezerra Lima.** 30 de agosto. *Usuário:*
2067 **André Luís de Oliveira;** e *Trabalhador:* **Eurídice Ferreira de Almeida.** 4) **Fórum do Movimento sobre**
2068 **tuberculose.** Oficina Direitos Humanos e Tuberculose. Local: RJ. Data: 5 e 6 de setembro de 2012.
2069 *Indicação:* conselheiro **Carlos Alberto Duarte.** 5) **Plenária de Conselhos de Saúde.** *Indicação:*
2070 conselheiro **Artur Custódio** substituirá o ex-conselheiro José Marcos na Plenária Nacional de Conselhos
2071 de Saúde, representando o CNS. 6) **3º Fórum sobre doenças falciformes.** Local: ES. Data: 23 e 24 de
2072 agosto de 2012. *Indicação:* conselheiro **Nadir Francisco do Amaral.** **INFORMES.** Conselheiro **Arthur**
2073 **Custódio de Souza** comprometeu-se a enviar a nota sobre a atitude do interventor da colônia de Itu/SP.
2074 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou a participação em audiência pública na Câmara dos

2075 Deputados, no dia 5 de julho, para discutir a isenção de ICMS para preservativo masculino que termina
2076 em 2014. Conselheira **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, primeiro, registrou a sua discordância com
2077 informes fragmentados e no final da reunião porque prejudica a apresentação. Também informou que 28
2078 de julho é o dia mundial de luta contra as hepatites virais e salientou que o Departamento de AIDS e
2079 Hepatites Virais não está dando o tratamento que a patologia merece. Disse que o MS solicitou o
2080 adiamento da comemoração para 19 de julho, que representa uma desconsideração e demonstra que a
2081 hepatite viral é uma patologia negligenciada. Além disso, reiterou a falta de medicamento de apoio para a
2082 patologia no Rio Grande do Norte porque o governo não compra a medicação. Como encaminhamento,
2083 solicitou pautar debate sobre hepatites no CNS, com convite a áreas técnicas do MS. O Secretário
2084 Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, informou que foi disponibilizado vídeo sobre o surto de
2085 hepatites no Vale do Javari e sugeriu tratar da questão das hepatites no debate da saúde indígena.
2086 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu pautar debate, no mês de setembro, sobre
2087 componente estratégico da assistência farmacêutica – tuberculose, hanseníase, hepatites e AIDS.
2088 **Deliberação: o Plenário decidiu pautar na reunião ordinária do CNS do mês de setembro o debate**
2089 **do componente estratégico da assistência farmacêutica – tuberculose, hanseníase, hepatites e**
2090 **AIDS.** Informe do Fórum de Usuários. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** fez um informe da última
2091 reunião do Fórum de Usuários, com destaque para: 1) Reunião ampliada para tratar do monitoramento
2092 das conferências – proposta: formulário padrão para levantar informações. 2) Convite para o Fórum
2093 Internacional de Síndrome de Down. Data: 1 a 4 de agosto. **Local: Campinas/SP.** *Indicação:* conselheira
2094 **Maria Thereza Antunes.** A indicação foi aprovada. 3) LC nº. 141/2012. 4) Reunião do CONADE para
2095 tratar do Plano Viver sem Limites. MS e GT CIF serão convidados. 5) Comissão Intersetorial de
2096 Comunicação e Informação em Saúde – CICIS/CNS. Indicação, por parte do segmento dos usuários, do
2097 conselheiro **Gilson Silva** para coordenação adjunta e pleito da LBL para ocupar vacância na titularidade.
2098 **Aprovada a indicação do conselheiro Gilson Silva para a coordenação adjunta da CICIS/CNS.**
2099 Conselheira **Jurema Werneck** informou a sua participação na Conferência Internacional sobre a Saúde
2100 na Diáspora Africana, entre os dias 4 e 8 de julho, em Baltimore, Maryland/EUA. Conselheira **Rosangela**
2101 **da Silva Santos** perguntou como está o andamento do projeto piloto de rádio do CNS. O Secretário
2102 Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**, informou que estão sendo feitos ajustes e dará retorno
2103 posteriormente. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do CNS,
2104 **Márcio Florentino**, encerrou a 235ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
2105 conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares** – **Alcides Silva de Miranda**, Centro Brasileiro de
2106 Estudos de Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de
2107 Saúde (CONASEMS); **Artur Custódio M. Souza**; Carlos Alberto E. Duarte, Movimento Nacional de Luta
2108 Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos
2109 Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do
2110 Brasil (CNBB); **Edson Rogatti**, CMB; **Fernando S. Souza**, Fórum de Presidentes de Conselhos
2111 Distritais de Saúde Indígena; **Francisco Batista Júnior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
2112 Seguridade Social/Central Unica dos Trabalhadores; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
2113 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**
2114 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **José Cechin**, Federação
2115 Nacional de Saúde Suplementar; **Jurema Pinto Werneck**, Articulação de Organizações de Mulheres
2116 Negras Brasileiras (AMNB); **Lígia Bahia**, Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
2117 (ABRASCO); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**,
2118 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da
2119 Saúde; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Marisa Furia Silva**,
2120 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Antunes**, Federação Brasileira das
2121 Associações de Síndrome de Down; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
2122 (CNI); **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil
2123 (FARBRA); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da**
2124 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer
2125 (ABRAZ). **Suplentes** – **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da
2126 Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –
2127 ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde
2128 (MS); **Eline Jonas**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**,
2129 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geordeci M. Souza**, Central Unica dos Trabalhadores;
2130 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO);
2131 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Josiano Macedo Lima**,
2132 Central de Movimentos Populares; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Central Geral dos Trabalhadores do
2133 Brasil (CGTB); **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de
2134 Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-
2135 Graduandos – ANPG; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Nádia Elizabeth**
2136 **Cardoso Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Ronald Ferreira**

2137 **dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Sebastião Geraldo Venâncio**,
2138 Pastoral da Saúde Nacional.