



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA TRIGÉSIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos onze e doze dias do mês de julho de dois mil e doze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Ducentésima Trigésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A reunião iniciou-se às 9h20 e a mesa de abertura foi composta pela Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino Pereira**.

ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 235ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 234ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - *Apresentação:* **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. *Coordenação:* Conselheira **Marisa Furia Silva**, Mesa Diretora do CNS. **Conselheira Marisa Furia Silva fez a leitura da proposta de pauta da 235ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio para solicitar a inclusão de informe permanente do movimento saúde + 10 nas reuniões do CNS, fora do item da COFIN/CNS, na linha de dar visibilidade à iniciativa e mobilizar as entidades em prol da coleta de assinaturas. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** lembrou que, regimentalmente, os informes devem ser enviados à SE/CNS com antecedência mínima de 30 minutos antes do início da reunião. Conselheira **Jurema Werneck** ratificou a proposta de informe permanente a fim de dar visibilidade à iniciativa. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que o informe poderia ser feito no item da COFIN/CNS, haja vista a relação do movimento com o objeto da Comissão. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** salientou que, além de pautar informe permanente do movimento nas reuniões do CNS, é preciso reunir-se com representantes da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB e Associação Médica Brasileira – AMB para definir um movimento único de coleta de assinaturas. **Deliberação: aprovada a inclusão de informe permanente nas reuniões do CNS sobre o movimento saúde + 10 e a sugestão de chamar representante da AMB e da OAB para redefinir os rumos do movimento. Em seguida, conselheira Marisa Furia Silva colocou em apreciação a ata da 234ª Reunião Ordinária, que foi aprovada com a consideração do conselheiro Ubiratan Cassano.** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou a presença de conselheiros indígenas de saúde na reunião e Conselheira **Verônica Lourenço** registrou a presença de residentes. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** registrou e agradeceu a presença de participantes da XVII Plenária de Conselhos de Saúde, realizada nos dias 9 e 10 de julho de 2012. **ITEM 2 – BALANÇO DO MÊS NA SAÚDE: TRABALHO E CARREIRA NO SUS** - *Apresentação:* **Mozart Júlio Tabosa Sales**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS; **Jurandi Frutuoso da Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Eliana Pontes de Mendonça**, Secretária Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS. *Coordenação:* Conselheira **Marisa Furia Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Presidente do CNS. A primeira expositora foi a Secretária Executiva da Mesa de Negociação, **Eliana Pontes de Mendonça**, que iniciou pelo histórico da criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS MNNP-SUS. Explicou que a Mesa de Negociação foi instituída em maio de 1993, através da Resolução do CNS nº. 52 e, em junho de 2003, foi reinstalada pela terceira vez, com uma nova composição e denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, também através de resolução do CNS. Disse que os protocolos da Mesa de Negociação são submetidos à apreciação e deliberação do CNS e o de número 006/2006, que dispõe sobre as “diretrizes nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”, foi aprovado pelo CNS. Feitas essas considerações iniciais, passou a expor sobre o tema trabalho e carreira no SUS, iniciando com o histórico do Plano de Carreiras. Destacou que a Lei nº. 8.080/1990, no seu art. 27, define que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: a) instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do SUS, da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente; e b) fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção, pelos estados e municípios, de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais. Na linha de cumprir essa determinação, explicou que o Ministério da Saúde 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 abarcar 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 despreciação 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

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

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

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

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

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

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

Secretarias tem buscado construir diálogo com o movimento da greve e encontrar saída para o impasse com a classe trabalhadora do MS. Concordou ainda que é preciso dedicar-se à questão da saúde prisional e comprometeu-se a incluir esse tema na agenda da Secretaria e dialogar com as escolas de saúde pública dos estados na linha de qualificar e capacitar a força de trabalho que atua na área. A respeito da saúde indígena, informou que será publicada Portaria conjunta - SGTES e SESAI - com um conjunto de ações e intervenções no que se refere à formação e à força de trabalho. Informou também que será lançado PET Saúde Indígena e novas ações voltadas à educação permanente e à graduação e pós-graduação. Concordou que o debate deve se ater às diretrizes pactuadas na Portaria nº. 1.318/2007 e à definição de estratégias para interferir nessa formulação. Salientou que a atenção básica pode ser um espaço para discussão e estruturação de carreira, com acesso universal, seleção pública, mobilidade, segurança e garantia ao trabalhador. A respeito do serviço civil, explicou que o parecer do MS foi favorável e esse é um debate que precisa ser aprofundado, uma vez que o país dispõe de diversas alternativas para provimento. Por fim, comprometeu-se a aprofundar o debate da carreira nas mesas de negociação e com os gestores estaduais e municipais. Encaminhando, Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate: criar um GT para debate sobre gestão do trabalho na saúde indígena – tratar desse tema na Mesa de Negociação; e elaborar minuta de resolução, a ser submetida à apreciação do Plenário do CNS, de reconhecimento da profissão de agente comunitário de saúde, inclusive com criação de piso salarial, conforme deliberação da 14ª CNS. Conselheiro **Fernando Souza** acrescentou a proposta de realizar fóruns ou seminários regionais de saúde indígena. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** sugeriu articulação com parlamentares para realização de audiência pública sobre carreira do SUS e serviço civil. Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, sugeriu que essa proposta também seja remetida à Mesa de Negociação. **Deliberação: não havendo posições contrárias, o Plenário aprovou as seguintes propostas que emergiram do debate: 1) remeter para a Mesa Nacional de Negociação do SUS a criação de um GT para debate sobre gestão do trabalho na saúde indígena e a proposta de realização de um fórum ou seminário regional de trabalhadores indígenas; 2) elaborar minuta de resolução, a ser submetida à apreciação do Plenário do CNS, de reconhecimento da profissão de agente comunitário de saúde, inclusive com criação de piso salarial, conforme deliberação da 14ª CNS (responsável: conselheiro Clóvis Bouffleur); e 3) articular, junto com parlamentares, audiência pública para debater os temas “carreira do SUS e serviço civil”.** Conselheiro **Alexandre Rocha Padilha**, Presidente do CNS, informou que a Comissão de Seguridade Social tem a intenção de realizar audiência pública sobre carreira do SUS e gestão de trabalho. Conselheiro **Nelson Mussolini** aproveitou para fazer a entrega oficial do estudo da Confederação Nacional da Indústria - CNI e do Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário “Redução do ICMS sobre medicamentos” ao Presidente do CNS e ao representante do CONASS. Segundo o conselheiro, o estudo demonstra que uma boa gestão tributária possibilita redução do ICMS e, conseqüentemente, redução do preço do medicamento, aumentando o acesso e a arrecadação. Citou o Estado do Paraná que ampliou em 80% a arrecadação, em quatro anos, graças a uma boa gestão tributária e a redução do ICMS de dezoito produtos. Solicitou ao Ministro da Saúde e ao conselheiro Jurandi Frutuoso que abrace essa causa que amplia o acesso da população. Com isso, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN/CNS – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS 2012 – RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO - RAG 2011 – RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE 2012 – PROPOSTA DE RESOLUÇÃO - Apresentação:** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador Adjunto da COFIN/CNS; **Arinaldo Bomfim Rosendo**, Subsecretário da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS; **José Carlos Moraes**, da Secretaria Executiva do CNS; e **Francisco Funcia**, assessor especial da COFIN/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador Adjunto da COFIN/CNS, justificou a ausência do coordenador da COFIN e fez considerações sobre o processo de discussão do RAG 2011. Salientou que o CNS é partícipe dos processos de decisão sobre a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e a Lei nº. 141/2012 ampliou as responsabilidades do Conselho em relação aos instrumentos de gestão - PPA, LOA, PNS. Todavia, o RAG, apresentado e analisado pela COFIN/CNS, não recebeu contribuições dos conselheiros. Lembrou, inclusive, que está em processo de elaboração a LOA 2013 e o CNS deve analisar essa proposta. Após essas considerações iniciais, o assessor especial da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou o parecer técnico da COFIN/CNS sobre o RAG 2011. Explicou que a metodologia utilizada para analisar o RAG 2011 foi o cumprimento dos dispositivos da legislação que rege a gestão do SUS, bem como a incorporação das ressalvas e de outros aspectos relacionados à gestão, em especial ao fortalecimento do processo de financiamento do SUS, por parte do Ministério da Saúde. Dos 26 quesitos analisados sobre a conformidade dos aspectos formais do RAG 2011, “atende” obteve 4 (quatro) indicações (15%), “atende parcialmente” obteve 9 (nove) indicações (35%) e “não atende” obteve 12 (doze) indicações (46%), além da impossibilidade de avaliação de um quesito pelo fato de o processo ainda estar em andamento e no prazo estabelecido. Surgiram também 44 perguntas distribuídas ao longo da análise realizada, diante da

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zilda de Faveri Vicente Souza**, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). *Suplentes* – **Edmundo Dzuaiwi Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Eline Jonas**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Graciara Matos de Azevedo**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Josiano Macedo Lima**, Central de Movimentos Populares; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE); **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Ermínia Ciliberti**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Nádia Elizabeth Cardoso Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); e **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional. Iniciando o segundo dia reunião, a mesa foi composta pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino** e pelo conselheiro **Alcides Silva de Miranda**. Antes de iniciar o debate dos itens da pauta, conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou maiores esclarecimentos sobre os encaminhamentos do debate sobre falta de medicamentos oncológicos. Além disso, solicitou espaço para apresentação do novo representante da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO no CNS. Atendendo à solicitação, conselheiro **Elcio A. dos Santos**, apresentou-se na condição de representante da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO, 1º suplente. Em relação ao debate sobre falta de medicamentos oncológicos, conselheiro **Alcides Silva de Miranda** explicou que o tema será remetido à Comissão de Assistência Farmacêutica do CNS para debate e definição de encaminhamentos. Para subsidiar o debate da Comissão, sugeriu que a Secretaria solicite ao diretor do Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde uma resposta à denúncia, por escrito e a lista dos medicamentos em falta. Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou que a lista dos medicamentos em falta seja enviada antes da reunião da Comissão e que o diretor do INCA, Luiz Antonio Santini seja convidado para o debate do tema na Comissão. Conselheira **Rosângela Silva dos Santos** solicitou que, além da lista dos medicamentos em falta, seja enviada a grade dos medicamentos dispensados e a quantidade de pacientes atendidos. Conselheira **Marisa Furia Silva** explicou que a denúncia foi apresentada pela representante dos usuários no CONSINCA, Lílian Alick e avaliou que é importante convidar o diretor do INCA para expor sobre a situação atual. Conselheira **Lorena Baía** salientou que é preciso incluir na lista os medicamentos utilizados como adjuvantes do tratamento e não somente os utilizados na quimioterapia. Também lembrou que o SUS não dispõe de lista de medicamentos oncológicos, portanto, é preciso verificar com cautela os medicamentos que faltam. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que a denúncia foi feita pelo INCA e o Instituto incorporou alguns medicamentos que não são disponibilizados em todos os Estado (não há um protocolo comum a ser seguido). Disse que a partir dessa denúncia poderia ser feito levantamentos nos Estados. Além disso, informou que o relatório do GT Oncológico será apresentado na próxima reunião do CNS. Conselheira **Rosângela Silva dos Santos** solicitou que o CNS solicite imediatamente as informações ao MS e, a depender da gravidade da situação, a Comissão se reúna o mais breve possível para decisão mais ágil.

Deliberação: a SE/CNS solicitará a grade de medicamentos oncológicos ao MS, com especificação dos que estão em falta para debate e, a depender da gravidade da situação, será convocada reunião urgente da Comissão de Assistência Farmacêutica para debate. INFORMES - Conselheiro **Fernando Souza** fez os seguintes informes: 1) Principais encaminhamentos do Seminário Internacional da tríplice fronteira: Brasil - Colômbia - Peru para controle da tuberculose realizado pelo Ministério da saúde em Tabatinga/AM, no período de 4 a 6 de julho de 2012; 2) Participação do movimento indígena na Rio+20 com a realização IX Acampamento Terra Livre 2012 - Participação de quase dois mil indígenas. Encaminhamento do Relatório Final para conhecimento, divulgação e apoio. Destaque para os seguintes aspectos do Relatório: repúdio à impunidade e violência, prisão e assassinato de lideranças indígenas (no Brasil, caso Kayowá-guarani, Argentina, Bolívia, Guatemala e Paraguai, entre outros); repúdio aos grandes empreendimentos em territórios indígenas, como as barragens – Belo Monte, Jirau e outras; transposição do Rio São Francisco; usinas nucleares; Canal do Sertão; portos; ferrovias nacionais e transnacionais, produtoras de biocombustíveis, a estrada no território TIPNIS na Bolívia, e empreendimentos mineradores por toda a América Latina); repúdio à ação de instituições financeiras, como o BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, que financia grandes empreendimentos com dinheiro público, mas não respeita o direito à consulta as populações afetadas, incluindo 400 regiões no Brasil, e em todos os países onde atuam, inclusive na América Latina e África; e repúdio aos contratos de REDD e créditos de carbono, falsas soluções que não resolvem os problemas ambientais e procuram mercantilizar a natureza e ignoram os conhecimentos tradicionais e a sabedoria milenar de nossos povos; e repúdio à diminuição dos territórios indígenas. 3) Situação da saúde indígena em todo o território nacional - desestruturação, precariedade nas condições de trabalho, falta de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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