



**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA DUCENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos cinco e seis dias do mês de junho de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quadragésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 246ª Reunião teve por objetivos: **1)** Discutir a política diferenciada da saúde indígena no contexto dos 25 anos do SUS e da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; **2)** Contribuir na formulação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde na perspectiva do modelo de atenção integral do SUS; **3)** Aprofundar o debate sobre a formação, valorização e distribuição da força de trabalho em saúde; **4)** Analisar e deliberar sobre o Plano Nacional de Saneamento Básico do Ministério das Cidades; **5)** Tratar dos encaminhamentos e deliberações referentes às comissões do CNS; **6)** Realizar informes, indicações; e **7)** Tratar dos encaminhamentos da CIRH e da COFIN. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, abriu os trabalhos cumprimentando as pessoas presentes e os que acompanham a reunião em tempo real. Feitas as saudações passou ao primeiro item. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 246ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA 245ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação: Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. Primeiro, a Presidente do CNS submeteu à apreciação do CNS a pauta da 246ª que foi aprovada, por unanimidade. Acordou-se que a ata da 245ª seria apreciada posteriormente. **ITEM 2 – ABERTURA SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - Apresentação: conselheira Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário Especial da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/MS; conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Coordenador da CISI/CNS; e **Érica Jucá Kokay**, Deputada Federal. Iniciando, o conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Coordenador da CISI/CNS, abriu o Seminário Nacional de Saúde Indígena agradecendo a presença dos convidados, das mulheres indígenas e registrando a presença das organizações indígenas regionais que fazem parte da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB - Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME, Articulação dos Povos Indígenas do Pantanal e Região - ARPAPAN, Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste - ARPINSUDESTE, Articulação dos Povos Indígenas do Sul - ARPINSUL, Grande Assembleia do povo Guarani - ATY GUASSÚ e Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) – e do Fórum de presidentes dos CONDISIS. Destacou a importância do seminário nacional para que o CNS conheça a situação da saúde indígena e defenda a bandeira de luta desses povos por saúde, educação, moradia e terra. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário Especial da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/MS, iniciou saudando os componentes da mesa, os conselheiros, as lideranças indígenas e os presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena – CONDISIS que compõem o Fórum de Presidentes dos Conselhos. Explicou que o Seminário Nacional de Saúde Indígena, que estava iniciando, contaria com momentos de debate entre as representações indígenas e no último dia a SESAI apresentaria balanço das atividades desde a sua criação (2 anos e seis meses), demonstrando os avanços e os desafios. Explicou que no período de colonização eram mais de 5 milhões de indígenas e hoje são menos de 1 milhão, sendo 305 povos que falam 274 línguas distintas. Disse que a taxa de crescimento é 4,5% ao ano, ou seja, três vezes maior que a taxa da população não indígena. Frisou que o CNS não deve esquecer-se dessa população usuária do SUS, que possui um subsistema de saúde para cuidar da atenção básica nas aldeias. Nessa linha, chamou a atenção para a responsabilidade do CNS em debater e decidir sobre esse tema e destacou, por exemplo, que o *per capita* (RS 1.000,00) ainda é insuficiente para resgatar a dívida social da população com esses povos. Salientou que o compromisso da SESAI é continuar no avanço de saúde com qualidade, pois a situação ainda é complexa. Ressaltou que a SESAI recebeu a saúde indígena em uma situação dramática – CASAI em situação decadentes, postos de saúde em situação inadequada para atuação das equipes multiprofissionais, polo base com estrutura inadequada, sistema de transporte deficitário. Destacou ainda a importância da SESAI no âmbito do MS, pois, ao se discutir os programas da saúde,

56 os povos indígenas são considerados e, pelas suas peculiaridades, deve-se aplicar o princípio da  
57 equidade. Solicitou o apoio do CNS para que, no debate do orçamento 2014, seja assegurado mais  
58 orçamento para edificações, construção de polos, transporte, medicamento e equipe multidisciplinar.  
59 Também destacou a dificuldade de garantir profissional médico nas aldeias e cumprimentou os  
60 profissionais de enfermagem por terem sido a sustentação do subsistema de saúde indígena.  
61 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, iniciou manifestando o seu respeito  
62 aos povos, as lideranças e a organizações indígenas do país e relatou que iniciara a sua militância no  
63 movimento indígena, tendo a satisfação de contribuir na construção da APOIME. Salientou que o país  
64 e a sociedade brasileira têm uma dívida histórica com os povos indígenas porque os brasileiros são  
65 resultado dessa miscigenação. Nesse sentido, ressaltou que essa dívida precisa ser rompida e  
66 superada, inclusive, assegurando, a reforma agrária e a remarcação de terras indígenas. Disse que foi  
67 possível alcançar avanços na educação e é preciso avançar na área da saúde. Avaliou que o  
68 movimento indígena foi o segmento dos usuários que conseguiu uma resposta mais concreta à luta  
69 pela garantia do direito à saúde, e que o SUS comemora 25 anos de constituição e, em 2012, foi  
70 instituído o Subsistema em 2002, mas pouco se avançou. Disse que a SESAI é uma aposta para  
71 responder aos problemas da saúde indígena, todavia, lembrou que a Secretaria foi constituída há 2  
72 anos, pouco tempo para modificar a situação histórica. Destacou que é preciso repensar o modelo de  
73 atenção em saúde, a fim de evitar o colapso do SUS. Ressaltou que, se a lógica continuar a ser a  
74 médico-hospitalocêntrica, não será possível dar resposta às necessidades da população e que o  
75 modelo de atenção indígena precisa considerar a dimensão cultural, a prática de saber desses povos.  
76 Destacou que a 5ª CNSI precisa debater modelo de atenção, formação profissional, equipe  
77 profissional, financiamento e modelo de gestão necessária. Também frisou que a vulnerabilidade dos  
78 povos indígenas é resultado da ausência e da omissão histórica do Estado em responder às  
79 necessidades desses povos. No mais, disse que é preciso priorizar o debate sobre saneamento  
80 básico inclusive para os povos indígenas, lembrando que não é apenas obra, mas sim qualidade de  
81 vida. Finalizou a sua fala reconhecendo a importância das mulheres indígenas, pela luta e pelo papel  
82 determinante nas comunidades e frisando a necessidade de debater a saúde da mulher indígena na  
83 Conferência. A deputada **Érica Kokay**, da Frente Parlamentar de Defesa dos Direitos da Pessoa  
84 Humana, iniciou a sua fala cumprimentando todos os presentes e explicando que a Frente tem  
85 pautado a questão indígena no Congresso Nacional na ótica de romper o etnocídio em curso no país.  
86 Salientou que saúde tem uma função fundamental porque pode ser a articuladora de todas as  
87 políticas públicas e que o Brasil não fez o luto do colonialismo, da escravidão, da ditadura militar e não  
88 construiu o sentido de nação, por isso, é tão difícil debater as questões dos povos indígenas, inclusive  
89 a demarcação de terras. Salientou que a questão indígena adquire centralidade nesse momento  
90 porque significa como os brasileiros se veem e como resgata a história que negou tantos heróis do  
91 povo brasileiro como Zumbi de Palmares. Nesse sentido, frisou que a questão indígena, que tem  
92 como centro a discussão fundiária, é fundamental. Explicou que, para os povos indígenas, a terra  
93 significa a história e a ancestralidade e, nesse sentido, lembrou da situação das populações  
94 indígenas, como em Mato Grosso do Sul, onde os indígenas são confinados, causando etnocídio,  
95 porque há o impedimento da existência étnica. Ressaltou que o projeto de retomada das terras dos  
96 povos indígenas significa buscar a vida, a existência e o resgate de uma brasilidade sempre negada  
97 por uma elite que jamais se sentiu brasileira. Salientou que esse processo, que foi rompido com a  
98 eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, deve se consolidar como um compromisso da resolução da  
99 questão fundiária para assegurar que as políticas públicas façam o recorte necessário e respeitem as  
100 identidades do povo brasileiro. Disse que o Brasil precisa conhecer o que está em curso para  
101 reconhecer os povos indígenas e frisou que a democracia somente se consolidará se houver resgate  
102 da dívida com os povos indígenas. Encerrando manifestou a sua alegria com o debate desse tema no  
103 CNS e com a organização dos povos indígenas na busca dos próprios direitos. Também salientou que  
104 a saúde deve fomentar outras políticas para regatar a brasilidade e a história dos brasileiros e dar  
105 visibilidade ao que foi invisível por muito tempo. Por fim, colocou-se à disposição para levar ao  
106 Congresso Nacional as conclusões dos debates e ajudar a “construir um país onde caibam todos os  
107 brasileiros”. Antes de desafazer a mesa, conselheiro **Edmundo Omore** apresentou a proposta de  
108 aprovar moção de repúdio aos conflitos que ocorrem no Mato Grosso do Sul e envolvem a etnia  
109 Terena, tendo sido morto um índio dessa etnia no enfrentamento com os fazendeiros. O Plenário  
110 aprovou o mérito da proposta. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, com a contribuição do indígena Paulino,  
111 foi indicado para redigir a proposta. **A minuta seria apreciada posteriormente. MESA REDONDA**  
112 **“25 ANOS DO SUS E A POLÍTICA DIFERENCIADA DA SAÚDE INDÍGENA”** - *Apresentação:*  
113 Professora **Luciane Ouriques**; Professora **Carla Costa Teixeira** – Associação Brasileira de  
114 Antropologia – ABA; **Paulo Daniel da Silva Moraes** – Representante do Conselho Indigenista  
115 Missionário – CIMI/CISI. A primeira expositora foi a professora **Carla Costa Teixeira**, da ABA, que  
116 falou sobre o protagonismo indígena na saúde. Começou agradecendo o convite e explicando que

117 enfocaria o tema a partir da dupla experiência de acompanhar os debates da CISI e ser pesquisadora  
118 na área. Explicou que a Política de Saúde Indígena, com a criação do Subsistema de Saúde  
119 Indígena, tem 14 anos, mas apesar de jovem, é possível fazer um balanço. Explicou que o  
120 protagonismo indígena refere-se à participação na definição e fiscalização das ações de governo  
121 como parte de novas relações de poder na governança democrática direta. Salientou que a criação de  
122 instâncias de participação direta permite avanços, mas cria uma série de conflitos. Identificou três  
123 tipos de protagonismo indígena: lideranças tradicionais; articulações regionais e nacional; e controle  
124 social: Conselhos de Saúde e Conferências. Nessa linha, salientou que não se deve reduzir o  
125 protagonismo indígena apenas ao controle social. Explicou que os estudos identificam a participação  
126 como instrumento político para conquista de direitos, todavia, salientou que também representa um fim  
127 em si mesmo, ou seja, um exercício de cidadania e reconhecimento político. Para orientar a reflexão,  
128 propôs pensar a participação a partir de diferentes níveis: aquisição de competência indígena;  
129 influência nas políticas de governo; e melhoria das condições de saúde. Com relação às competências  
130 discursivas, destacou avanços ao longo dos últimos anos, com destaque para manejo dos números,  
131 das leis e da experiência local, conhecimento das possibilidades institucionais e retórica sofisticada:  
132 inclusão cidadã, direitos humanos e direitos biológicos (à vida). Salientou que foi necessária  
133 habilidade para conquistar as políticas de governo como: criação da CISI (1991), definição do  
134 Subsistema de Saúde Indígena (1999), instituição da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena  
135 (2002), assento de lideranças indígenas no CNS e coordenação da CISI (2006) e garantia da  
136 autonomia dos DSEI e criação da SESAI (2010). Para reflexão, perguntou se os sucessos políticos  
137 são traduzidos em melhoria da saúde dos povos indígenas e respondeu que essa tradução ainda é  
138 muito lenta. Também colocou para reflexão: Existe igual fortalecimento das diferentes formas de  
139 protagonismo? Controle social no cotidiano: poder de decisão e/ou apoio à prestação de serviços e  
140 administração da saúde indígena? e Subsistema: profissionais indígenas de saúde e AIS e AISAN,  
141 atenção diferenciada, articulação com o SUS? Salientou, inclusive, que a atenção diferenciada consta  
142 do tema da Conferência “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso,  
143 diversidade e atenção diferenciada”. No contexto político atual, disse que é preciso refletir sobre os  
144 seguintes aspectos: Qual o projeto de nação e de desenvolvimento nacional em curso? Qual é o lugar  
145 do protagonismo indígena na saúde? Que desdobramentos os grandes empreendimentos de  
146 desenvolvimento podem ter para a saúde indígena? O que as diferentes formas de protagonismo  
147 indígena podem fazer neste contexto, inclusive na 5ª CNSI? A seguir, expôs sobre o tema o  
148 representante do CIMI na CISI, **Paulo Daniel da Silva Moraes**, que iniciou agradecendo a  
149 oportunidade de tratar o assunto no CNS, em nome do CIMI que tem participado desde o início da  
150 construção da Política de Saúde Indígena junto com o movimento indígena. Explicou que esse  
151 movimento contempla as organizações indígenas que se estruturam no país a partir da década de 80  
152 e hoje a APIB que congrega as organizações indígenas do país. Detalhou que o CIMI, enquanto  
153 participante desse movimento indígena, teve papel determinante, convocando encontros onde se  
154 discutiu o modelo de atenção diferenciada que foi institucionalizado no país e que os dois grandes  
155 movimentos da Constituição Federal de 1988 foram a reforma sanitária, que culminou na definição do  
156 marco legal do SUS e o movimento indígena, que conseguiu construir o marco legal de  
157 reconhecimento dos direitos indígenas. Salientou que a construção desse modelo diferenciado, após a  
158 Constituinte, tem como momento emblemático a realização da 2ª CNSI, em 1993. Em seguida,  
159 explicou que, em 1994, foi elaborada a Lei Arouca, contemplando os eixos da Conferência e que, a  
160 norma permaneceu parada no Congresso Nacional até 1997. Todavia, após pressão da CISI e do  
161 movimento indígena, em 1999, foi aprovado o subsistema de saúde indígena, com base nos Distritos  
162 Sanitários Especiais Indígenas, na comunicação intercultural, na atenção diferenciada aos povos  
163 indígenas. Relatou que as conferências de saúde seguintes, de 2001 e 2006, deram sequência ao  
164 debate e, na última, houve amplo debate sobre a FUNASA, com questionamento do órgão e foi  
165 retomada a ideia de instituição da SESAI. Salientou que nenhuma política no país demonstra o  
166 protagonismo da população como as conquistas do movimento indígena, em especial a do modelo de  
167 saúde indígena. Disse que a celebração dos 25 anos do SUS deve ser de forma ativa, denunciando,  
168 reivindicando e propondo novas soluções porque o movimento não está satisfeito com a situação da  
169 saúde indígena no país. Lembrou que, em 2012, o MP chamou o “Dia D da saúde indígena” para  
170 denunciar a situação de calamidade das ações e serviços de saúde ofertados à população indígena.  
171 Explicou que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo CNS em  
172 2002, possui eixos que não têm sido levados adiante, e que a autonomia dos DSEIS não se refere  
173 apenas ao aspecto orçamentário e financeiro, mas sim à descentralização das decisões, permitindo  
174 que cada Distrito exerça o poder de decisão. Também falou sobre os princípios do direito internacional  
175 destacando a Declaração Internacional dos Direitos dos Povos Indígenas (Convenção 169 da OIT),  
176 que assegura os direitos dos povos indígenas. Enfocou, ainda, a gestão participativa, no sentido de  
177 que os Conselhos não podem servir apenas para legitimar políticas de governo, mas sim se

178 autodeterminarem, com estabelecimento de prioridades, programas e estratégias, assegurando a sua  
179 autonomia. No mais, destacou que a Convenção determina que o sistema de assistência de saúde  
180 dará preferência à formação e contratação de pessoal de saúde da comunidade local e enfoca a  
181 prestação de serviços de assistência primária, mantendo, ao mesmo tempo, vínculos estreitos com  
182 outros níveis de assistência de saúde. Sobre a formação dos profissionais indígenas, lembrou que a  
183 Convenção 169 determina que o sistema de assistência de saúde dê preferência à formação e  
184 contratação de pessoal de saúde da comunidade local e enfocará a prestação de serviços de  
185 assistência primária, mantendo, ao mesmo tempo, vínculos estreitos com outros níveis de assistência  
186 de saúde. Salientou que é preciso preparar os agentes de saúde e assegurar equipe de retaguarda  
187 local. Lembrou que é necessário um programa nacional de formação de agentes de saúde, que já  
188 funcionou anteriormente sob a direção da professora Ena Galvão, com resultados exitosos. Também  
189 defendeu a realização de concurso diferenciado para a saúde indígena, visando uma equipe bem  
190 preparada e selecionada. No mais, salientou que é preciso escolher com cuidado os chefes de  
191 Distritos porque devem ter perfil e compromisso com a saúde indígena. e que é preciso celebrar os 25  
192 anos do SUS considerando a importância da saúde indígena, que tem muito a ensinar ao SUS..  
193 Professora **Luciane Ouriques** começou agradecendo o convite e saudou as autoridades  
194 governamentais, os conselheiros, os líderes de povos indígenas e os demais presentes. Registrou que  
195 trabalha com saúde indígena desde 1996 e propôs uma reflexão sobre atenção diferenciada. Explicou  
196 que a atenção diferenciada refere-se ao respeito à cultura indígena, articulação com as medicinas  
197 tradicionais e interculturalidade. Disse que é preciso resgatar a história e identificar como a atenção  
198 diferenciada surge nos debates do controle desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo  
199 identificado esta a importância de criar um sistema diferenciado para atender as comunidades  
200 indígenas, principalmente em função do respeito às culturas indígenas e à necessidade de  
201 reconhecimento dos seus sistemas, de seus saberes e de práticas de medicina tradicional. Relatou  
202 que, em 2002, na 2ª CNSI, foram delineadas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde  
203 Indígena e, nas conferências seguintes, 3ª e 4ª CNSI, essa necessidade é reafirmada. Destacou a  
204 CF/88 como sendo um marco, porque reconheceu o direito dos povos indígenas as suas culturas, ao  
205 seu sistemas de medicina tradicional indígena que estão contemplados no âmbito do art. 231. Em  
206 1999, um decreto cria a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena que foi aprovada em 2002 na  
207 forma de portaria específica. Detalhou que essa Política foi instituída objetivando compatibilizar o  
208 direito diferenciado, instituído pela CF/88, à Lei Orgânica da Saúde, nº. 8.080/90. Apesar das  
209 definições, disse que não há no país um consenso sobre o que é atenção diferenciada. Uma parte do  
210 entendimento é que se trata de um privilégio, uma vez que os princípios do SUS – integralidade,  
211 universalidade e equidade – já dariam conta da questão indígena.. Nesse caso, disse que a atenção  
212 diferenciada não é o contrário da equidade, mas sim o desdobramento/desenvolvimento do princípio  
213 da equidade que agrega a diferença cultural como algo a ser contemplado para efetivar o princípio da  
214 integralidade da atenção. Disse ainda que não há consenso sobre o que é atenção diferenciada,  
215 citando, por exemplo, que há um modelo de organização diferenciada, que é os DSEI, todavia,  
216 ponderou se a atenção diferenciada é a mesma para os povos indígenas do país nas várias regiões.  
217 Ressaltou que é preciso avançar no debate para construir consenso sobre o que é a atenção  
218 diferenciada e assegurar que a política preveja o direito constitucional indígena e não crie privilégios.  
219 Avaliou que o Subsistema de Saúde Indígena é um produto da luta do movimento indígena em  
220 convergência com o movimento sanitário e o movimento indigenista sanitário. e que o objetivo geral da  
221 Política é garantir aos povos indígenas acesso integral à saúde de acordo com os princípios e  
222 diretrizes do SUS, assegurando a diversidade social, cultural, geográfica e política reconhecendo a  
223 eficácia de suas medicinas e o direito desses povos a sua cultura. Salientou que duas diretrizes  
224 garantem a questão do atendimento diferenciado sendo: formação de recursos humanos para atuar  
225 em contextos interculturais (contemplando os agentes comunitários de saúde, e outros profissionais  
226 de saúde – destaque à formação de enfermeiros, médicos, nutricionistas) e articulação dos serviços  
227 de saúde aos sistemas tradicionais indígenas de saúde. Ressaltou que a Política trabalha com a  
228 noção de sistemas - e não de práticas descontextualizadas – determinando que tais sistemas  
229 trabalhem com abordagem holística de saúde cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e  
230 comunidades que os rodeiam. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada  
231 comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do  
232 ambiente em que vivem. Nessa linha, disse que é possível pensar a articulação com as medicinas  
233 indígenas não apenas no âmbito dos tratamentos de saúde, mas também da promoção da saúde,  
234 prevenção das doenças e da recuperação de determinados tratamentos. Portanto, é preciso vencer a  
235 lógica de que a medicina indígena trata doença de indígena e a medicina do branco trata a doença do  
236 branco. Salientou que é preciso definir como criar articulações no âmbito local, uma vez que cada  
237 povo possui seus próprios especialistas e organizações. Citou, por exemplo, a situação de parto,  
238 destacando que há particularidades – em algumas comunidades há parteiras, em outros são as avós

239 as responsáveis por esse procedimento, em outros, são as mulheres. Nessa linha, destacou que não  
240 deve haver protocolo único para todo o país e são necessários profissionais aptos a dialogar com a  
241 comunidade e construir rotinas articuladas de cuidado. Salientou que o gestor tem papel essencial  
242 nesse processo de articulação. Também disse que é preciso pensar em como preparar os  
243 profissionais a serem aptos para trabalhar nas comunidades, criando alternativas de descolonização e  
244 de conhecimento emancipatório e produção de saúde para os povos indígenas em todos os níveis de  
245 atenção. A seguir, a mesa abriu a palavra aos representantes indígenas, protagonistas do seminário.  
246 Cacique **Daram**, Tupi Guarani, Apir Sudeste, cumprimentou as lideranças indígenas e os convidados  
247 presentes e falou da sua luta em prol da criação da SESAI. Denunciou a falta de medicamentos, de  
248 transporte, de saneamento e de atenção à saúde nas aldeias indígenas e ressaltou que há muito a  
249 ser feito para melhorar as condições de vida desses povos e que o controle social é fundamental no  
250 acompanhamento e controle das ações e serviços de saúde e frisou que é de suma importância definir  
251 políticas voltadas aos povos indígenas. Também chamou a atenção para a gravidade da situação em  
252 Mato Grosso do Sul, denunciando que um indígena foi morto e outro ferido nos conflitos. **Carmem**  
253 **Pankararu**, representante do Fórum, disse que é militante da saúde indígena desde 1999 e participou  
254 da construção dos conselhos de saúde locais. Discordou que os povos indígenas sejam manipulados,  
255 uma vez que tem compreensão suficiente de sua realidade. Também sentiu falta de representante  
256 indígena na mesa para falar sobre o controle social nas aldeias. Lembrou que o controle social de  
257 saúde indígena é parte fundamental da gestão, porque a saúde indígena é construída nas bases, nas  
258 aldeias. **Eliezer Franco**, Guarani Kaiuá, APIGRACU do MS e Conselho Local Indígena, denunciou o  
259 descaso com a saúde indígena no Mato Grosso do Sul, lembrando que as aldeias são isoladas e falta  
260 transporte, medicamentos, entre outros insumos, acarretando mortes inclusive de crianças. Diante da  
261 gravidade, sugeriu formar uma comissão para ir ao MS e fazer levantamento sobre a situação local.  
262 **Rildo Kaiang**, da ARPIN Sul, salientou que a situação da saúde dos povos indígenas é ruim por conta  
263 da falta da demarcação de terras e da ausência de políticas públicas. Frisou que os povos indígenas  
264 travam uma batalha contra o modelo de desenvolvimento adotado pelo governo, com base no  
265 agronegócio, o que leva ao extermínio os povos indígenas. No mais, frisou que o Estado brasileiro não  
266 possui políticas para os povos indígenas, resultando na ausência de saúde. Salientou que os povos  
267 indígenas, pela peculiaridade, demandam tratamento diferente, sem que signifique privilégio. Também  
268 falou sobre a dificuldade do controle social indígena no sentido de fiscalizar a aplicação do recurso  
269 repassado às ONGs para prestação de serviços. Por fim, conclamou a todos para participarem da luta  
270 para que o Brasil pague a dívida com os povos indígenas. **Dourado Tabepa**, coordenador regional da  
271 APOIME/CE, manifestou sua satisfação com a realização seminário nacional para debater a situação  
272 da saúde indígena e agradeceu a presidente do CNS e os demais conselheiros por esse momento.  
273 Salientou a contradição do governo brasileiro de investir na saúde indígena, de um lado, e, do outro,  
274 investir na construção de hidrelétricas que trarão prejuízos ao seu povo. Salientou que a intenção é  
275 contribuir para possibilitar atenção à saúde de qualidade para os povos e sugeriu o fortalecimento da  
276 FUNAI para ampliar a discussão da saúde indígena no país, envolvendo a questão da demarcação de  
277 terras. **Lindomar**, Chokó/SE sintetizou os principais gargalos que merecem debate no CNS:  
278 contratação diferenciada para as equipes de saúde; média e alta complexidade; respeito aos critérios  
279 para indicação dos gestores de conselhos distritais. **Sônia**, vice coordenadora da COIAB, agradeceu  
280 o CNS na pessoa da Presidente Maria do Socorro de Souza pela parceria para construção do  
281 seminário nacional e as representações indígenas presentes. Avaliou que hoje se vive uma ditadura  
282 velada e o poder econômico e o agronegócio são os que indicam as regras e o governo cede a  
283 pressões e nega-se a receber os povos indígenas. Em decorrência disso, o seminário é importante  
284 para fazer chegar a voz dos povos indígenas à Presidência da República, porque os três Poderes  
285 estão retrocedendo em relação aos direitos e conquistas indígenas (PEC n°. 251; PEC n°. 38, Portaria  
286 n°. 303; Decreto n°. 7.967). Por fim, perguntou como implementar os direitos dos povos indígenas nas  
287 aldeias, porque as apresentações no papel são diferentes da realidade. Diante das manifestações dos  
288 representantes indígenas presentes, conselheiro **Edmundo Omore** lembrou que o seminário nacional  
289 contaria com três dias – 5, 6 e 7 de julho – para aprofundar o debate. Assim, naquele momento da  
290 reunião deveria ser assegurada a palavra aos conselheiros. Conselheira **Verônica Lourenço** interveio  
291 para propor que os conselheiros declinassem da fala, possibilitando aos representantes indígenas  
292 presentes fazer um relato da sua realidade. Como encaminhamento, o Plenário decidiu abrir a palavra  
293 para as representações indígenas. No segundo dia da reunião, no debate da moção sobre a saúde  
294 indígena, os conselheiros se manifestariam sobre o tema, com a presença das representações  
295 indígenas. Diante desse encaminhamento, a mesa abriu a palavra aos demais inscritos. Cacique  
296 Zeca, coroa vermelha, salientou que a situação da saúde indígena é crítica e não houve mudanças  
297 nos últimos anos. Também manifestou grande descontentamento com as promessas do atual governo  
298 e que não foram cumpridas. Disse que o compromisso é defender os indígenas nas aldeias, a  
299 demarcação de terras, saúde e educação de qualidade. Salientou que seu pai, Pajé Itambé, líder

300 pataxó que foi o primeiro indígena a encontrar com o papa no Brasil, sofreu com problemas de  
301 diabetes e foi necessário pagar mais de R\$ 30 mil para levá-lo a Goiânia para se tratar. Por fim,  
302 colocou-se à disposição para realizar um grande movimento em Brasília, a exemplo da manifestação  
303 que foi feita na Bahia, para lutar pelos direitos das populações indígenas. Conselheiro **Edmundo**  
304 **Omoro** disse compreender a situação dos povos indígenas e a palavra de ordem deve ser “lutar” por  
305 uma saúde indígena de qualidade. Cacique Saracura falou da amargura, do sofrimento e da dor dos  
306 povos indígenas, uma situação totalmente diferente daquela prometida. Destacou que a gestão deve  
307 ser mais justa e competente para garantir os direitos dos povos indígenas. Coordenadora de mulheres  
308 indígenas, APOIME, Potiguara, RN, relatou que na sua aldeia não há visita de médicos há dois anos.  
309 Disse que o seminário é uma esperança para levar respostas aos povos indígenas e mudar a situação  
310 crítica. Fernando Souza, Terena/MS, destacou que o Estado de Mato Grosso do Sul tem sido palco de  
311 grandes conflitos por questões agrárias e tem enfrentado inúmeras dificuldades. Salientou que tem  
312 participado nos eventos da esfera nacional - fóruns, seminários, audiências públicas – e tem abordado  
313 as dificuldades enfrentadas pelas comunidades indígenas sobre a atenção à saúde. Disse que a  
314 situação da atenção básica, que é responsabilidade da SESAI/MS, é deficitária e caótica, diferente  
315 das falas e relatórios. Também lembrou que trouxe esse tema para o CNS, quando conselheiro  
316 nacional, e na oportunidade foi aprovada a constituição de um Grupo de Trabalho para visitar cinco  
317 regiões e verificar a situação *in loco*. Dessa forma, cobrou a instalação do GT para subsidiar, inclusive,  
318 o posicionamento do Colegiado. Sobre o protagonismo social, disse que é preciso trazer a fala das  
319 lideranças indígenas, ainda que não seja o que o governo deseja ouvir. Também informou que  
320 perdera várias reuniões, porque a SESAI não viabilizou a sua ida e relatou que, após trazer denúncias  
321 ao Conselho, foi substituído por outro representante no Conselho. Por fim, disse que apresentara  
322 documento à SESAI propondo medidas para resolver os problemas que, no seu modo de ver, referem-  
323 se, na maioria, à burocracia administrativa. **Ângela**, agente de saúde indígena, Charua/RS,  
324 representante da cacica Quabê, destacou que é preciso trabalhar a saúde indígena nas três esferas  
325 de governo e não deve ser objeto de disputa política. Relatou que o subsistema de saúde indígena  
326 não funciona em Porto Alegre e avaliou que se aplica um “modelismo” na saúde indígena, estando  
327 sujeito aos mecanismos do SUS. Por fim, solicitou que os dados da SESAI fossem referendados pelas  
328 lideranças indígenas a fim de serem legitimados. **Luiz Titiá** agradeceu o CNS pelo espaço para  
329 aprofundar o diálogo, inclusive com o governo e lembrou que os indígenas mobilizaram-se e  
330 conseguiram impedir votação do PAC que trazia prejuízos aos povos indígenas. Disse que os  
331 representantes dos conselhos distritais de saúde devem ter conhecimento da Política Nacional de  
332 Saúde Indígena e o CNS tem papel importante. Lembrou que a SESAI surgiu de uma solicitação das  
333 lideranças indígenas que buscavam um atendimento de qualidade. Também falou da AGU que emite,  
334 em grande parte, pareceres contrários aos interesses dos povos indígenas e salientou a importância  
335 de os conselhos realizarem reunião nacional com a AGU para que tenham entendimento sobre saúde  
336 com qualidade. Como encaminhamento, solicitou: que as lideranças façam um levantamento da  
337 situação das regiões para ser apresentado ao CNS; que a SESAI priorize o acompanhamento de  
338 gestores, porque alguns indicados não têm condições para gerir a saúde indígena; e que o CNS  
339 retome os encaminhamentos da 4ª CNSI (não indicar gestores para a saúde indígena com  
340 considerando critérios políticos). **Lourenço**, Tricati/MA, salientou que é importante ouvir as lideranças  
341 indígenas e definir ações de acordo com as necessidades dos usuários indígenas. Nesse sentido,  
342 propôs a criação de comissões no CNS para visitar aldeias e comunidades indígenas, iniciando-se  
343 pelo Maranhão por conta da gravidade lá estabelecida, para verificar a situação *in loco* e definir ações  
344 específicas. Também solicitou ao Secretário da SESAI que visite as aldeias para conhecer os  
345 problemas locais e debater com os conselhos distritais as possíveis soluções. José Daniel, RS,  
346 salientou que, para garantir saúde com qualidade para os povos indígenas, é preciso: definir projetos  
347 de saneamento básico nas aldeias; assegurar tratamento na média e alta complexidade; disponibilizar  
348 medicamentos; assegurar transporte para levar os indígenas às unidades de saúde; garantir equipes  
349 multidisciplinares de saúde indígena; construir unidades básicas de atendimento para atender os  
350 povos indígenas; garantir alimentação adequada; assegurar a demarcação de terras indígenas.  
351 **Managu**, Xingu, em relação ao que já fora dito, reiterou que os povos indígenas enfrentam vários  
352 problemas e fez um destaque à falta de medicamentos, de transporte, de estruturação na base que  
353 levam a morte dos indígenas. Também solicitou uma atenção para as CASAI e para a média e alta  
354 complexidade. **Suíá**, **Vice-presidente do CONDISI**, referiu-se a luta dos povos indígenas para criação  
355 do Subsistema de Saúde Indígena e da SESAI. Também salientou que os presidentes dos CONDISI  
356 recebem as reclamações da base e as levam para o Ministério da Saúde e para o Fórum, mas ainda  
357 assim, há problemas com o atendimento diferenciado aos povos indígenas. Disse que indígenas  
358 enfrentam dificuldades com a interlocução na esfera municipal, onde o atendimento lhes é negado, por  
359 isso, é preciso buscar outras soluções para garantir o atendimento diferenciado. **Mara Kambeba**,  
360 assistente social, destacou que é militante do movimento indígena desde 1999 e acompanha a área

361 desde a primeira convenção, em 1995 que determinou a criação do Subsistema de Saúde Indígena e  
362 o tratamento da saúde indígena de forma diferenciada. Apesar dessa determinação, disse que o  
363 governo não discutiu com a comunidade o que é saúde diferenciada, ou seja, necessidade de o SUS  
364 adequar-se à realidade indígena com atendimento diferenciado na ponta. Salientou que os municípios  
365 devem estruturar-se para assegurar o atendimento diferenciado dos povos indígenas. Lembrou,  
366 inclusive, que são fatores condicionantes e determinantes da saúde: moradia digna, saneamento  
367 básico, segurança alimentar, educação, emprego e renda e autonomia para gerenciar o próprio  
368 território. Também salientou que as equipes devem trabalhar promoção e prevenção, porque hoje os  
369 povos indígenas enfrentam problemas de saúde como diabetes, hipertensão, obesidade por conta de  
370 mudanças alimentares e meio de vida imposto pelos colonizadores. Salientou que é preciso construir,  
371 de forma intersetorial, uma política pública efetiva, concreta e diferenciada que atenda as  
372 especificidades das populações indígenas. No mais, ressaltou que é preciso assegurar educação  
373 diferenciada em todos os níveis, a fim de formar o profissional de saúde para trabalhar de forma  
374 diferenciada com os povos indígenas. Por fim, reconheceu que houve avanços como combate à  
375 corrupção, mas ainda há muito a avançar. **Gabriel Tapeba**, Presidente do CONDISI/CE, destacou que  
376 a desigualdade no país é muito grande e, no caso da saúde indígena, destacou que o gargalo não  
377 está na atenção básica, mas sim na média e alta complexidade. Salientou que há gestores que não  
378 cumprem o seu papel de atender as populações indígenas. Destacou que há avanços na gestão da  
379 SESAI, porque o controle social está mais ativo perante o gestor do Distrito e leva as suas demandas  
380 para debate. Nesse sentido, lembrou de que é preciso capacitar os conselheiros dos CONDISI para  
381 executar o papel de controle social. Salientou ainda que é preciso considerar no debate os interesses  
382 da bancada ruralistas e os prejuízos para os povos indígenas. Por fim, solicitou que o CNS pode  
383 contribuir para garantir saúde diferenciada para os povos indígenas, considerando os costumes das  
384 aldeias. **Adriel Lima**, movimento Indígena Unificado do Acre, salientou que é preciso discutir a saúde  
385 indígena de forma mais enfática porque há mortes de indígenas por situações de fácil solução.  
386 Relatou, por exemplo, que morreram 27 crianças indígenas, de 0 a 6 anos, em 2011, por diarreia e  
387 que, na condição de acadêmico de Medicina no Acre, realizara trabalho de educação em saúde, junto  
388 com um representante do CIMI, nas aldeias onde ocorreram os óbitos e foi possível evitar novas  
389 mortes na região. Além disso, disse que o Estado doou 600 filtros e foram entregues apenas 180,  
390 muitos deles instalados de forma equivocada. Denunciou ainda que os funcionários da SPDM muitas  
391 vezes precisam fazer cota para pagar alimentação e ficar nas aldeias. Disse ainda que um parente  
392 indígena foi impedido de entrar na CASAI e, após verificação da polícia federal, comprovou-se se  
393 tratar de perseguição por reivindicar os seus direitos. Lembrou que foi feito acampamento na  
394 FUNASA, por 9 meses, e nada foi resolvido. Relatou que há muitos óbitos porque não há transporte  
395 para levar os pacientes para atendimento e que os militantes da saúde não podem permitir que  
396 recursos retornem à União por falta de aplicação, como ocorreu em 2011 (R\$ 6 milhões destinados à  
397 construção da unidade base para atender a população indígena). Por fim, solicitou ajuda para a saúde  
398 indígena do país e uma atenção especial para o Acre onde os indígenas se encontram em uma  
399 situação difícil. Clóvis Ambrósio, CONDISI Leste/RO, compartilhou as preocupações colocadas por  
400 todos os seus parentes, desde o sul até o norte e, no caso do Distrito Leste, disse que há equipe de  
401 saúde, mas falta estrutura física e organização do trabalho. Contou que uma mulher indígena, de 25  
402 anos, morreu por falta de transporte. Diante dessa realidade, chamou a atenção para a importância do  
403 seminário nacional no sentido de levantar subsídios para a construção da política de saúde.  
404 **Marivelton Abaré**, diretor da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, explicou que o  
405 movimento indígena não é respeitado no que diz respeito às indicações para gestão. Assim, apelou ao  
406 Secretário da SESAI que realize fiscalização in loco para verificar a situação da saúde indígena.  
407 Concluídas as falas, conselheiro **Edmundo Omere** explicou que as lideranças indígenas trouxeram os  
408 anseios da base e desejavam construir conjuntamente ações para melhorar a situação dos povos  
409 indígenas. A Presidente do CNS agradeceu as lideranças indígenas e destacou que os  
410 encaminhamentos seriam definidos na tarde do segundo dia de reunião, com a presença dos  
411 representantes indígenas. Salientou que a intenção é definir orientação aos conselheiros nacionais  
412 para contribuir nos debates das conferências distritais de saúde indígena. Com isso, encerrou os  
413 trabalhos da manhã do primeiro dia de reunião. Reiniciando, procedeu-se à discussão do item 3 da  
414 pauta. **ITEM 3 - INTEGRALIDADE, MODELO DE ATENÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE -**  
415 *Apresentação:* **Felipe Proenço**, Diretor de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da  
416 Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/Ministério da Saúde; conselheira **Ana Maria**  
417 **Costa**, Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; e conselheiro **Marcos**  
418 **Vinicius Soares Pedrosa**, diretor da Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG.  
419 *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora do CNS. Inicialmente,  
420 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** contextualizou que a Mesa Diretora do CNS decidiu pautar o  
421 tema, com a finalidade de contribuir na formulação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação

422 em Saúde na perspectiva do modelo de atenção integral do SUS e aprofundar o debate sobre  
423 formação, valorização e distribuição da força de trabalho em saúde. Para explicar sobre o tema, disse  
424 que foram convidados dois conselheiros que possuem acúmulo de debate acerca do tema, além de  
425 um representante do Ministério da Saúde. A primeira expositora foi a conselheira **Ana Maria Costa**,  
426 Presidente do CEBES, que iniciou a sua fala manifestando a sua satisfação em tratar do tema no CNS  
427 e contribuir para o debate. Explicou que a integralidade surge como princípio do SUS por conta da  
428 ausência da compreensão do ser humano como “integral”. Disse que esse princípio da integralidade,  
429 incorporado ao SUS, reveste-se de várias dimensões, a primeira delas é a mudança de paradigma no  
430 olhar das necessidades e demandas da população. Todavia, a integralidade caminha em rumo oposto  
431 ao que deveria na organização dos serviços de saúde e, apesar da convocatória para a integralidade,  
432 o que se observa são serviços cada vez mais pautados na lógica dos profissionais de saúde e  
433 distantes das necessidades da população. Seguindo a linha da integralidade, disse que os  
434 profissionais de saúde, desde a formação, deveriam ser atores que se complementassem no cuidado  
435 às pessoas. Essa complementariedade deveria exigir uma prática real de equipe de saúde que dessa  
436 conta da complexidade dos problemas de saúde, mas, ao contrário, o que se observa hoje é uma  
437 prática profissional isolada. Diante desse cenário, salientou que a dimensão da integralidade constitui-  
438 se em um desafio, lembrando que o indivíduo, ao buscar os serviços de saúde, chega “inteiro”, mas se  
439 torna objeto da lógica da fragmentação. Também disse que está contemplada na dimensão da  
440 integralidade a oferta de outras alternativas terapêuticas ao indivíduo que não as convencionais. Além  
441 disso, seguindo essa linha da integralidade, é preciso incorporar as singularidades dos sujeitos – raça,  
442 etnia, orientação sexual, gênero, entre outras – porque isso determinará condutas e mediará o  
443 respeito à integridade e integralidade do sujeito. No mais, destacou que a integralidade deve nortear  
444 as ações do CNS enquanto integrante do controle social, de modo a observar a necessidade de saúde  
445 da população de forma integral. Feita essa explanação geral, apontou desafios a serem enfrentados  
446 pelo CNS para avançar no debate dessa temática. O primeiro deles refere-se à reformulação do  
447 modelo de atenção, considerando a integralidade como um eixo. Salientou que o modelo de Saúde da  
448 Família, caso tivesse sido consolidado, poderia inverter a lógica pela qual o Sistema está organizado  
449 uma vez que a equipe da Saúde da Família poderia reorientar o processo de atenção e cuidado,  
450 envolvendo o vínculo das pessoas e a legitimidade para realizar o seu papel. Ressaltou que houve  
451 avanços na Saúde da Família relacionados à mudança de indicadores e acesso, mas, há problemas,  
452 por exemplo, no modo de incorporação das equipes cuja gestão do trabalho esteve dissociada das  
453 outras formas de atendimento, o que gerou um distanciamento entre as equipes de Saúde da Família  
454 e o Sistema, impossibilitando às equipes coordenar e orientar a assistência no cuidado das pessoas.  
455 Também destacou a falta de reorientação de modelo de formação para que o mercado da Saúde da  
456 Família pudesse ser suprido com profissionais comprometidos com os problemas de saúde da  
457 comunidade. Apontou como segundo desafio a reorientação da gestão da saúde com vistas à  
458 qualificação para assegurar a integralidade. Como terceiro desafio, destacou a consolidação do SUS  
459 nas bases que fora criado e a retomada da ideia da saúde como parte da seguridade social para  
460 garantia da integralidade. A seguir, conselheiro **Marcos Vinicius Soares Pedrosa**, diretor da ANPG,  
461 explanou sobre o tema, iniciando pelo conceito de integralidade: garantir ao usuário o provimento  
462 adequado de todos os tipos de atenção à saúde, com segurança e em momento oportuno, necessária  
463 à atenção ao maior conjunto possível de necessidades de saúde dos usuários e considerado em sua  
464 complexidade biopsicossocial. Sobre as dimensões da integralidade, salientou que é preciso  
465 reconhecer que há uma dimensão sistêmica na integralidade para, assim, ampliar a integralidade da  
466 atenção à saúde no país, necessariamente. Destacou que outro sentido no âmbito da dimensão  
467 sistêmica do conceito de integralidade é pensá-la como a integração entre serviços curativos e  
468 preventivos. Destacou que isso é fundamental para que não se perca o momento oportuno do cuidado  
469 em saúde. Ressaltou que, ao integrar esses serviços em um só local, permite-se que o acesso às  
470 ações de saúde não se dê apenas a partir da percepção de risco ou motivação dos usuários, mas  
471 também dos profissionais de saúde que os acompanham. Na linha da avaliação da integralidade,  
472 colocou os seguintes questionamentos: Qual a amplitude do conjunto de ações e serviços oferecidos?  
473 Essa amplitude é explícita, e é compreendida pela população? Dialoga com as necessidades atuais  
474 de saúde? Ao oferecer suas ações e serviços, os profissionais reconhecem um amplo espectro de  
475 necessidades na população? Quais os serviços são expandidos com prioridade, e que tipo de atenção  
476 às necessidades de saúde ofertam? Há cuidado continuado na atenção à saúde prestada? Salientou  
477 que as ideias da racionalidade biomédica - corpo humano como uma máquina; doença como uma  
478 entidade a ser reconhecida; correspondência entre sintomas e alterações orgânicas, que são  
479 necessariamente provocadas por agentes específicos; entre outras – tinham impacto para os  
480 problemas que sistema de saúde lidava. Ressaltou que essa racionalidade biomédica reduz o olhar a  
481 partes do sujeito, mas é positiva em algumas situações, por exemplo, sua eficácia aumenta à medida  
482 que é aplicada em situações nas quais é necessário agir de forma focal e intensiva, como nos casos



483 de eventos agudos ou na agudização de patologias crônicas. Ressaltou que essa racionalidade  
484 biomédica fez sentido em outros momentos da história, em que os agravos à saúde eram  
485 predominantemente doenças agudas transmissíveis. Contudo, quando se amplia a complexidade dos  
486 agravos que devemos enfrentar, faz-se necessário considerar outros determinantes além dos  
487 biológicos. Disse que tal abordagem complexa é indispensável para que se possa lidar com “(...)”  
488 agravos relacionados à violência, à desestruturação social, às mudanças climáticas e às catástrofes  
489 ambientais, assim como às doenças crônicas e a outras condições que acompanham o processo de  
490 envelhecimento da população, (...)”. Além disso, a hegemonia da racionalidade biomédica no cuidado  
491 em saúde se torna um verdadeiro problema de saúde, pois “(...) resulta no uso intensivo, inadequado  
492 e ineficaz de biotecnologias caras, invasivas e, ainda, potencialmente iatrogênicas.” Disse que, para  
493 superar essa racionalidade biomédica, é preciso pensar a integralidade na dimensão biopsicossocial.  
494 Salientou que, ao decidir ofertar uma atenção ao maior conjunto possível de necessidades de saúde  
495 dos usuários e consideradas em sua complexidade biopsicossocial, é preciso ampliar o olhar para  
496 além do setor saúde. Disse que, ao considerar a complexidade biopsicossocial na definição das  
497 necessidades de saúde, constata-se a relação de interdependência que se estabelece entre a saúde e  
498 os outros setores (educação, esporte e lazer, controle de tráfego, segurança pública, assistência  
499 social, meio ambiente, etc.). Destacou que, para ampliar a integralidade da atenção à saúde no país,  
500 necessariamente, é preciso reconhecer que há uma dimensão intersetorial na integralidade. Portanto,  
501 a intersetorialidade, pautada na perspectiva da ampliação da integralidade, não deve ser subalterna à  
502 racionalidade biomédica, pois, assim, ocorreria o contrário: a integralidade se estreitaria. Em que pese  
503 todos os esforços em contrário, disse que os serviços de saúde atuais ainda são fortemente  
504 determinados pela racionalidade biomédica, e apresentam grande dificuldade ao atender às  
505 necessidades concretas de atenção médica da maioria da população, essencialmente multicausais.  
506 Desse modo, para ampliar a integralidade da atenção à saúde no país, ressaltou que é preciso  
507 reconhecer a necessidade de fazer emergir um novo paradigma na área de saúde, baseado nessa  
508 integralidade biopsicossocial. Salientou que a necessidade de integração entre cuidados curativos e  
509 preventivos continua atual, e pode ser identificada em outros binômios: atenção às situações agudas  
510 X atenção longitudinal à saúde; pronto-atendimento X atendimento programado; e torna-se clara a  
511 necessidade de integração dos cuidados ao olhar a direção da expansão dos serviços de saúde,  
512 induzida pelo Ministério da Saúde, a partir da oferta de recursos para a criação de Unidades de Pronto  
513 Atendimento - UPA, que só oferecem cuidado eventual às situações agudas. Para se ter uma ideia,  
514 lembrou que o incentivo federal ao custeio de uma UPA pode chegar a R\$ 250.000,00/mensal,  
515 equivalente ao custeio de cerca de 25 equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF. Nesse  
516 sentido, perguntou qual a racionalidade predominante nos serviços de urgência e se as UPA têm a  
517 resolutividade ao enfrentar os problemas de saúde da atualidade. Também colocou o diagnóstico, por  
518 parte do MS, da escassez de profissionais médicos no país, principalmente na atenção básica. Em  
519 situações de escassez, salientou que é fundamental a definição de prioridades, e seria de esperar que  
520 a abertura de serviços de saúde no país e a alocação dos trabalhadores fossem regidas por essas  
521 prioridades. Considerando uma estimativa rápida, considerou uma média de 28 médicos trabalhando  
522 24h/semanais em cada uma das 272 UPA em atividade no país  
523 ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36750](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36750)), teria ao menos 7.600  
524 postos de trabalho médicos criados desde a decisão do governo federal de consolidar uma rede de  
525 urgência a partir da implantação de UPA. Sendo assim, apontou as seguintes questões para reflexão:  
526 As UPA estabelecem uma relação predatória com a atenção Básica, disputando os já escassos  
527 profissionais? Tem se conformado como rede substitutiva? No mais, salientou que a forma de  
528 financiamento das UPA baseia-se no porte de cada uma, definido pelo número de atendimentos  
529 médicos/dia. Se o número de atendimentos diminui, a UPA cai de porte e perde recursos de custeio  
530 federal. Assim, perguntou qual o interesse de realizar os atendimentos das situações agudas na  
531 própria Atenção Básica se ao fazê-lo pode-se perder recursos das UPA? Ressaltou que, para efetivar  
532 integralidade pensada nessas dimensões, são necessárias equipes bem treinadas, com acesso à  
533 educação permanente; sistemas de informação que auxiliem a realização de diagnóstico das  
534 condições de saúde do território; territórios e populações definidas de forma a garantir que as equipes  
535 consigam efetivamente exercer sua responsabilidade sanitária ao longo do tempo, ofertando acesso  
536 oportuno; e uma rede de saúde articulada e resolutiva. Na sequência, o diretor/SGTES/MS, **Felipe**  
537 **Proença**, explanou sobre o tema, iniciando pelo cenário do setor saúde. Destacou que quase 4  
538 milhões de pessoas trabalham no setor saúde - público e privado (dados da AMS – IBGE – 2010) e  
539 em nenhum outro segmento econômico o trabalho humano é tão importante. Apontou que são  
540 desafios do SUS garantir acesso com qualidade em tempo oportuno a todos os cidadãos brasileiros e  
541 produzir a integralidade da atenção e do cuidado em saúde. Também destacou são motivos de  
542 preocupação a situação atual de desarticulação do trabalho multiprofissional nos serviços de saúde  
543 para o atendimento das necessidades de saúde da população; a formação centrada em

544 procedimentos e a precária integração com o SUS; e a escassez de médicos para o SUS na maior  
545 parte das regiões brasileiras. Nesse contexto, destacou o dilema relativo a necessidades crescentes e  
546 recursos limitados e o desafio da gestão de entender a transição do ponto de vista epidemiológico e  
547 populacional, com necessidade de respostas a condições crônicas, o que demanda uma mudança do  
548 modelo de atenção no SUS. Do ponto de vista da integralidade, disse que é preciso superar a visão  
549 fragmentada da totalidade da pessoa em seu contexto, a abordagem exclusivamente voltada para a  
550 doença, a pobreza da interação “profissional de saúde/paciente” e o fraco compromisso do profissional  
551 com o bem-estar do paciente. Ressaltou que a busca pela integralidade tensiona esse modelo  
552 hegemônico do Sistema de Saúde. Nessa linha, salientou que é preciso trabalhar com os seguintes  
553 eixos: 1) eixo das finalidades: integração entre promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento  
554 de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; 2) eixo das articulações:  
555 composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais, ações intersetoriais, trabalho em  
556 rede de atenção; e 3) eixo das necessidades: atenção à saúde com ausculta e resposta a  
557 necessidades contextualizadas e não restritas à leitura biomédica. O cuidado que valoriza o  
558 interpessoal. Ressaltou ainda que é preciso compreender as dimensões da integralidade: como  
559 componente das práticas de saúde; como diretriz na organização dos serviços; e como atributo das  
560 políticas de saúde. Para pensar o cuidado em saúde, disse que é preciso olhar as necessidades de  
561 saúde e não os saberes, de forma a objetivar os ganhos de autonomia pelos usuários (e não a  
562 realização de procedimentos), com todas as tecnologias disponíveis (e não a fragmentação dos atos),  
563 envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, tendo por parâmetro ético a responsabilidade com a  
564 vida do outro. No mais, salientou que é preciso combater o modelo tecnoassistencial hegemônico que  
565 reduz a pessoa a doença e o trabalhador a um executor de procedimentos. Além disso, comprometer  
566 as equipes com a produção de saúde, ao mesmo tempo que se busque a própria realização pessoal e  
567 profissional e compreender que o trabalho dos profissionais de saúde é um elemento central para este  
568 processo de mudança. Também disse que são características das redes de atenção em saúde:  
569 formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de  
570 comunicação, centralidade nas necessidades de saúde da população, responsabilização por atenção  
571 contínua, coordenada, compartilhada e integral, cuidado multiprofissional e compartilhamento de  
572 objetivos e compromissos com resultados para a saúde da população com eficiência. Para isso, disse  
573 que a educação e o trabalho interprofissional são fundamentais, sendo necessário diálogo  
574 permanente para gerar novas formas de interferir no processo de trabalho, na organização da  
575 assistência, no processo educativo de formação. Nessa linha, falou do trabalho em Grupo e em equipe  
576 em que se dinamiza e se relativiza os papéis havendo possibilidade de ensino e aprendizagem mútua  
577 e recíproca. Sobre a Política da Gestão do Trabalho e da Educação, disse que uma das preocupações  
578 refere-se ao quantitativo dos profissionais de saúde, com destaque para: Psicologia – a maior parte  
579 dos Estados abaixo da média nacional; Enfermeiros – média de 1,5 - parâmetros próximos; Médicos –  
580 formação nos Estados, sendo necessário observar a distribuição regional dos profissionais; Médicos –  
581 média de 1,8 – é preciso analisar o quantitativo, a distribuição e a relação com a formação. Mostrou  
582 gráficos sobre a evolução dos egressos e ingressos nos cursos de Enfermagem e Medicina e a  
583 evolução das admissões por primeiro emprego e salário real no mercado formal desses profissionais.  
584 Nessa linha, disse que a SGTES desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso  
585 universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da  
586 educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em  
587 saúde, possibilitando aos profissionais responder às necessidades de saúde da população, conforme  
588 os princípios do SUS. Explicou que o objetivo estratégico da SGTES é contribuir para a adequada  
589 formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos  
590 profissionais e trabalhadores da saúde. Nessa linha, detalhou que são ações da Secretaria: a) Gestão  
591 da Educação na Saúde: 1) Educação Permanente; 2) PROFAPS; 3) Telessaúde; 4) Pró e Pet Saúde;  
592 5) Pró-Residências; 6) PROVAB; e b) Gestão do Trabalho e da Regulação na Saúde: 1) Mesa de  
593 Negociação Permanente; e 2) Desprecarização das relações de trabalho. Por fim, citou as seguintes  
594 estratégias que apontam para mudança do modelo de atenção: dimensionamento de profissionais de  
595 saúde (e especialidades) para o Sistema de Saúde; provimento de profissionais para a atenção básica  
596 em diversas regiões brasileiras; políticas de fixação e de formação de profissionais para o SUS;  
597 educação permanente como eixo transversal e transformador da realidade; e ampliação e  
598 fortalecimento do ensino técnico profissional e das Escolas Técnicas do SUS. Conselheiro **Ronald**  
599 **Ferreira dos Santos** pontuou questões relativas às relações de trabalho a serem consideradas no  
600 debate. Lembrou que, em 2013, comemora-se 70 anos da Consolidação das Leis de Trabalho e, ao  
601 mesmo tempo, tramita no Congresso Nacional um PL que legaliza a terceirização da mão de obra.  
602 Sendo assim, destacou que é preciso refletir sobre a forma de organização do trabalho em saúde na  
603 sociedade brasileira. Além disso, destacou que é preciso considerar nesse debate a questão da  
604 jornada de trabalho dos profissionais de saúde. Por fim, salientou que integralidade significa compor o

605 conjunto das necessidades dos serviços e, nessa linha, salientou a importância de garantir a  
606 assistência farmacêutica na prática, na execução e no desenho das políticas públicas, assegurando  
607 integralidade, equipe multiprofissional e mudança de modelo. **Manifestações.** Conselheira **Ivone**  
608 **Evangelista Cabral** destacou que a falta de uma política de recursos humanos é uma questão crônica  
609 e vive-se hoje um momento agudo da crise. Salientou que essa falta de recursos humanos em saúde  
610 afeta todas as profissões e não é um problema exclusivo do Brasil, mas mundial. Lembrou, inclusive,  
611 que outros países buscam profissionais no Brasil e citou, por exemplo, que em 2010, 6 mil enfermeiros  
612 saíram do país. Ressaltou que, além de debater essa falta de políticas de recursos e a ausência de  
613 uma carreira de fixação dos profissionais, com definição de jornadas alternativas distintas para  
614 assegurar a fixação, é preciso olhar para a qualidade da formação. Denunciou que no Brasil há mais  
615 de 200 polos de educação a distância em Enfermagem com quase 20 mil vagas, o que significa um  
616 contrassenso, pois a prática clínica é o fundamento para o profissional. Salientou que esses cursos  
617 são oferecidos nos centros mais avançados, sendo que o Estado São Paulo concentra 50% dessas  
618 vagas. Disse que a ABEn realizou o estudo “Panorama da educação em Enfermagem no Brasil” e  
619 solicitou pauta para apresentar esses resultados no Plenário do CNS. Explicou que o estudo foi  
620 apresentado ao Secretário de Ensino e Regulação da Educação Superior no Brasil, Jorge Messias e  
621 foi manifestado compromisso de implantar uma câmara permanente de educação em enfermagem  
622 para tentar encontrar uma solução para a falta de regulação da formação dos profissionais  
623 enfermeiros e a baixa qualificação da formação desses profissionais, além da taxa de evasão (40%).  
624 No mais, salientou que dos 42 mil formados pelo PROUNI, apenas 30 mil inscreveram-se no Conselho  
625 Profissional. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que aos usuários importa a qualidade dos  
626 serviços oferecidos mesmo porque 12% do PIB é utilizado para o pagamento de funcionários públicos.  
627 Todavia, ponderou que a lógica é inversa, pois a formação nem sempre é com qualidade e a  
628 ascensão no serviço público se dá por cursos e certificados e não pela qualidade no atendimento das  
629 pessoas. Nesse sentido, salientou que é preciso repensar a estrutura do serviço público, em especial  
630 o serviço em saúde. Lembrou, inclusive, que a contratação de médicos estrangeiros tem o apoio  
631 popular, porque as pessoas sofrem com a ausência de profissionais de saúde, inclusive médicos e  
632 essa é uma questão a ser resolvida. Por fim, solicitou manifestação do Ministério da Saúde sobre a  
633 resolução, aprovada na última reunião do CNS, que trata da resolutividade dos serviços, e sugeriu  
634 que, caso não houvesse resposta, que o CNS tomasse as providências definidas no Regimento  
635 Interno. Conselheiro **Willen Heil e Silva** destacou que o CNS apontou sugestões para atender as  
636 necessidades da população como o serviço civil em saúde e as práticas integrativas e  
637 complementares. A respeito dessas práticas, destacou o alto índice de resolutividade, além da  
638 possibilidade de diminuir gastos com medicamentos, internação, entre outros. Diante das vantagens,  
639 lembrou que o CNS recomendou ao Ministério da Saúde investimento para essa Política, mas os  
640 recursos foram destinados a outras ações. Por fim, solicitou ao Conselho a aprovação de uma  
641 recomendação sobre a atuação multiprofissional em acupuntura, uma vez que não se trata de uma  
642 prática específica de uma profissão. Conselheiro **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, primeiro,  
643 solicitou maiores esclarecimentos sobre a pesquisa relativa ao número de egressos do curso de  
644 Medicina, uma vez que pesquisas do Conselho Federal de Medicina – CFM apontam que os médicos  
645 trabalham mais 60 horas/semana e possuem três vínculos empregatícios. Também destacou a  
646 precarização do trabalho em saúde e perguntou o que o MS tem feito para melhorar essa situação.  
647 Conselheiro **Diego de Farias Magalhães Torres** saudou os expositores e ressaltou a importância de  
648 refletir sobre a interface da educação e saúde para avançar na integralidade. Avaliou que a expansão  
649 dos programas de residência multiprofissional é uma experiência exitosa e deve ser ampliada para  
650 todo o país. Ressaltou que a excelência dos serviços deve ser um dos eixos orientadores do SUS e  
651 defendeu uma formação voltada à integralidade para atender com qualidade todos os brasileiros.  
652 Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** aproveitou a oportunidade para ler uma nota de repúdio do  
653 Conselho Federal de Odontologia aos atos de violências que os profissionais de odontologia vêm  
654 sofrendo no exercício de sua profissão em todo o território nacional e propôs que o Plenário aprove  
655 um documento a respeito. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou os expositores e  
656 perguntou ao representante da SGTES qual o diálogo sobre a saúde do trabalhador, por conta da  
657 precarização das condições de trabalho. Conselheiro **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**  
658 cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar esse tema, lembrando que a gestão do trabalho,  
659 junto com o financiamento, é o nó crítico do SUS. Salientou que passados 25 anos da criação do  
660 Sistema ainda não foi definida uma política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde,  
661 sendo assim, frisou que a CIRH tem um papel importante no sentido de pautar esse debate no CNS,  
662 com vistas à definição dessa política. Reiterou ainda que as necessidades de saúde é o que deve  
663 reger a Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e o SUS, como grande formador,  
664 tem capacidade de intervir no sentido de garantir que as necessidades de saúde sejam  
665 preponderantes na formação dos profissionais de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico da

666 população e prioridades nas políticas de saúde. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou que  
667 a questão dos recursos humanos – junto com outras bandeiras como controle social, assistência,  
668 gestão e financiamento – é uma das prioridades do CNS, apesar de concordar que é preciso  
669 aprofundar o debate. Lembrou, inclusive, que em 2003 o CNS criou a Mesa de Negociação do SUS,  
670 mas o direito à negociação coletiva ainda não está resolvido do ponto de vista oficial. Disse que é  
671 preciso pautar esse debate a fim de definir qual será a relação de trabalho e avaliar como a força de  
672 trabalho está disposta no mercado e como se dá essa relação. Salientou que há problemas relativos  
673 ao trabalho em saúde no país por conta das disputas entre o que cada profissão desenvolve e da falta  
674 regulação. Também ressaltou que é importante discutir a regulação e a força de trabalho em saúde,  
675 além da contratação de médicos estrangeiros para o Brasil. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
676 ressaltou que as relações de trabalho afetam diretamente a qualidade do acesso do usuário aos  
677 serviços de saúde e, nessa linha, é importante um olhar integral sobre o usuário, considerando as  
678 necessidades desses sujeitos. Salientou, por exemplo, que não existe política de enfrentamento à  
679 epidemia de AIDS sem integralidade na atenção à saúde. Destacou que escolhas individuais –  
680 prostitutas, homossexuais – impedem o acesso integral aos serviços de saúde e essa é uma questão  
681 que precisa ser debatida. Também disse que a demissão da diretoria do Departamento de DST AIDS  
682 e Hepatites Virais é um atentando ao direito humano à saúde e ao respeito à diversidade no país e  
683 representa uma submissão ao fundamentalismo religioso. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus**  
684 salientou a importância de pautar esse tema no CNS, todavia, sentiu falta de soluções, por parte do  
685 Ministério da Saúde, para a lacuna da fragilidade do atendimento no SUS. Chamou a atenção para a  
686 sintonia entre integralidade e equidade e frisou que é preciso trabalhar essas questões na formação  
687 profissional. Também disse que é preciso trabalhar a prevenção com qualidade, fortalecendo a rede  
688 básica e garantindo acesso aos serviços. Ressaltou que o MS não deve se ausentar da situação da  
689 precarização de trabalho que ocorre nos estados e municípios. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso**  
690 saudou os expositores e, entre os desafios a serem enfrentados nesses 25 anos do SUS –  
691 reformulação do modelo de atenção, reorientação do modelo de formação, qualificação do processo  
692 de gestão, consolidação do SUS nos termos da Constituição, garantia do financiamento – acrescentou  
693 a valorização da força de trabalho. Salientou que, diante desses desafios, as respostas do governo  
694 não são as esperadas - privatização, por meio de OS, OSCIP, Fundação Pública; estímulo à  
695 terceirização da força de trabalho particularmente dos médicos por meio de pessoa jurídica e  
696 cooperativas; implantação de UPAS (277) desestruturando a atenção básica; veto aos 10% para a  
697 saúde; falta de ações para reversão do modelo de atenção; precarização da força de trabalho.  
698 Acrescentou ainda que não existe uma política de gestão do trabalho estruturante e comprometida  
699 com os princípios do SUS. Para reflexão, colocou os seguintes questionamentos: PROVAB,  
700 contratação de profissionais estrangeiros para a saúde, sem revalidação de diploma e serviço civil  
701 obrigatório são políticas de fixação de médicos ou simples provimento temporário? Essas ações estão  
702 de acordo com os princípios do SUS? Por fim, registrou que o Conselho Federal de Medicina – CFM  
703 considera a contratação de médicos estrangeiros uma medida equivocada, todavia não é contra. Na  
704 visão desse Conselho, essa contratação deve ser feita com responsabilidade e assegurada a  
705 qualidade do trabalho e, para isso, a revalidação do diploma é essencial. Disse que o CFM apresentou  
706 uma proposta estruturante ao governo de curto e longo prazo e dispôs-se a discutir essa questão em  
707 outra oportunidade. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)**  
708 manifestou a sua preocupação com o informe de exportação de profissionais de enfermagem (seis  
709 mil) e com os cursos de Enfermagem a distância. Também fez referência às contradições do país,  
710 lembrando que, em 1983, o conceito da integralidade foi trabalhado segundo o olhar no indivíduo, no  
711 ser humano e, após 28 anos, é constituída a Rede Cegonha que não vê a mulher na sua  
712 integralidade, mas sim como um ser reprodutivo. Conselheira **Marisa Furia Silva**, na linha da  
713 integralidade, disse que é preciso considerar toda a complexidade biopsicossocial dos indivíduos no  
714 momento do atendimento, uma vez que pessoas com deficiência intelectual grave – autismo,  
715 Alzheimer, demência – não conseguem comunicar-se. Nesse sentido, frisou que é essencial capacitar  
716 os profissionais de saúde, especialmente das UPAS, que irão atender as pessoas com deficiência em  
717 situação de emergência. Como sugestão, propôs que a CIRH e CIEPCSUS promovam debate sobre a  
718 capacitação de profissionais de saúde para atender as pessoas com deficiência, em consonância com  
719 o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, lançado pelo governo.  
720 Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** salientou que os secretários municipais, reunidos no  
721 Congresso Norte Nordeste, reforçaram a necessidade de garantir profissionais médicos nos  
722 municípios para assegurar atendimento à saúde do ponto de vista preventivo e na urgência e  
723 emergência, de modo a evitar mortes. Registrou que o CONASEMS defende a contratação de mais  
724 médicos para trabalhar nos municípios, apesar de entender a necessidade de debater carreira para o  
725 profissional médico e estruturar a rede. Além disso, defendeu a atenção básica como porta de entrada  
726 do SUS e as UPAS como porta de entrada da urgência e emergência, sendo necessários mais

727 profissionais médicos para esses postos. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** salientou que o  
728 primeiro problema a ser debatido é a formação profissional que se dá segundo a lógica do mercado  
729 capitalista industrial e não conforme as necessidades da população. Nessa linha, fez referência às  
730 práticas integrativas e complementares do SUS, uma política eficiente e de baixo custo, que não  
731 recebe recursos do Ministério da Saúde para ser implantada. Destacou que a formação deve ser  
732 pautada na real necessidade da população e no sentido de garantir atendimento de qualidade ao  
733 usuário, considerando, inclusive, a inovação tecnológica e os recursos naturais do país. Conselheiro  
734 **Ubiratan Cassano Santos** manifestou-se nos seguintes termos: “Para resolvermos esse problema de  
735 falta de profissionais e fixação definitivamente, o Estado Brasileiro precisa assumir integralmente o  
736 seu papel de formar os profissionais de saúde no Brasil, priorizando a ampliação das universidades  
737 públicas com qualidade e infraestrutura, pois, apesar da expansão, ainda temos apenas 13% dos  
738 jovens dentro da universidade, ou seja, um exército de milhões de brasileiros entre 20 e 30 anos  
739 querendo ingressar nos cursos de saúde, mas sem conseguir. Assim como garantir plano de carreira e  
740 condições dignas de trabalho para os profissionais. E uma formação de fato voltada para o SUS. Está  
741 claro que há necessidade de mais médicos no Brasil. Enquanto o Brasil tem entre 1,8 médicos por  
742 1.000 habitantes, países como Reino Unido tem 2,7; Portugal: 4; Espanha: 4; Argentina: 3,2; México:  
743 2. Além disso, temos desigualdade regional tamanha, pois enquanto temos estados como DF: 4,09;  
744 RJ: 3,62; SP: 2,64 temos uma realidade oposta se olharmos para o Maranhão: 0,58; Amapá: 0,76 e  
745 Pará: 0,77. Com municípios chegando a oferecer 25 mil sem haver interesse. Agora, temos assistido  
746 nessas últimas semanas em relação aos médicos cubanos uma onda de preconceito e total ignorância  
747 quanto ao alto nível de qualidade da formação dos médicos de Cuba. Segundo a OMS, Cuba é um  
748 exemplo para o mundo nesse campo. Tem a taxa de mortalidade infantil mais baixa do dito “terceiro  
749 mundo” com 4,9 por 1.000 (em 1959, era 60), inferior à do Canadá e EUA. Além de uma expectativa  
750 de vida de 78,8 anos (contra 60 em 59) que é comparável às nações mais desenvolvidas. Trata-se de  
751 um país que tem 6,75 médicos por 1.000 habitantes que garantem 100% de cobertura à população.  
752 Além disso, a medicina cubana tem experiência e expertise muito maior que outros países em  
753 Atenção Básica e Saúde da Família que é o que estamos precisando”. Conselheira **Shirley Marshal**  
754 **Diaz Morales** ressaltou que é recorrente o debate sobre força de trabalho e fortalecimento da  
755 atenção básica e o SUS não foi implementado como se desejava, com integralidade e  
756 interdisciplinaridade. Nessa linha, destacou que o FENTAS aponta a necessidade de fortalecimento da  
757 equipe multiprofissional sem concentrar as problemáticas de saúde do país em apenas uma categoria.  
758 Além disso, explicou que o Fórum debateu a proposta de contratação de médicos estrangeiros e  
759 defende a avaliação como questão *sine qua nom* para essa contratação. No mais, o Fórum propõe um  
760 debate no CNS sobre a questão do serviço civil em saúde. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**  
761 salientou que não existe integralidade das ações sem garantia do direito de ser e existir e práticas  
762 como estupro corretivo de lésbicas, genocídio da população negra, assassinato de gays, lésbicas,  
763 travestis, genocídio do povo indígena impedem a integralidade das ações. Ressaltou, ainda, que na  
764 formação dos profissionais de saúde é preciso considerar as especificidades das populações negras e  
765 os saberes tradicionais a fim de garantir a integralidade. Também destacou que, para atuar no país, é  
766 exigido que o profissional médico fale e entenda a Língua Portuguesa e, em paralelo, questionou  
767 quantos profissionais de saúde entendem e respeitam as culturas indígenas e negras do país.  
768 Conselheiro **Alexandre Correia dos Santos** perguntou como manter políticas e programas de saúde  
769 excludentes e como enfrentar a falta de qualificação de profissionais e o investimento de recurso  
770 público no setor privado (Farmácia Popular). Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** manifestou  
771 preocupação como o debate focado apenas em uma categoria profissional e ponderou que a  
772 discussão de fundo deve ser o modelo de atenção em saúde desejável – É o atual?  
773 Hospitalocêntrico? Médico centrado? Medicalizante? – para avançar em outras discussões. Como  
774 encaminhamento, sugeriu que o MS, junto com a CIRH, elabore uma política de recursos humanos.  
775 Por fim, registrou a presença de conselheiras do Conselho Federação de Fonoaudiologia na reunião.  
776 **Retorno da mesa.** Conselheiro **Marcos Vinicius Soares Pedrosa**, da ANPG, agradeceu as  
777 intervenções e, devido à exiguidade de tempo, respondeu pontualmente que, no caso das pessoas  
778 com deficiência, explicou que é mais difícil identificar um problema de saúde na rede de urgência,  
779 sendo mais fácil ocorrer na atenção básica por conta do vínculo. Por fim, agradeceu a oportunidade e  
780 colocou-se à disposição para contribuir com outros debates. Conselheira **Ana Maria Costa**,  
781 Presidente do CEBES, agradeceu as manifestações e propôs que a marca da atual gestão do  
782 Ministério da Saúde fosse a gestão do trabalho em saúde, com estabelecimento as bases para  
783 carreira dos profissionais de saúde do SUS. Também concordou que é preciso definir, de fato, o que é  
784 carreira e as atribuições do setor público na sustentação e orientação dessa carreira no que diz  
785 respeito também ao aparelho formador. Por fim, avaliou que a contratação de novos médicos é uma  
786 solução apêndicular ao grave problema da ausência de uma política de RH e de uma carreira  
787 profissional. O diretor **Felipe Proença** começou destacando que um dos sinais claros de

788 fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é o aumento do  
789 orçamento da SGTES (R\$ 300 milhões de um ano para o outro). Também disse que a Secretaria tem  
790 desenvolvido iniciativas, junto com Estados e Municípios, de apoio à definição de carreiras que  
791 dialoguem com a realidade local e citou a publicação da Portaria 2.517/2012 que apoia os Estados na  
792 definição de carreira e de planos de desprecarização do trabalho. Salientou que a Política de Gestão  
793 do Trabalho e Educação em Saúde passa pela definição de indicadores que apontem no sentido da  
794 regulação – necessidade de especialistas, vagas de residências. Também explicou que faltam  
795 médicos no Brasil e estudo apontou que foram criados, nos últimos anos, 53 mil postos de primeiro  
796 emprego a mais do que egressos do curso de Medicina (*full time* equivalente – trabalha com a máxima  
797 de 40h/semanais trabalhadas). Por isso, o governo apresentou medidas como ampliação de vagas de  
798 graduação em Medicina nas regiões de maior necessidade, ampliação de mais 4 mil bolsas de  
799 residência médica até 2014, abatimento do FIES da carência estendida para os que realizam  
800 residência em áreas prioritárias e aporte de médicos estrangeiros para o país. No caso dos médicos  
801 estrangeiros, explicou que a intenção é contratar esses profissionais para atuar em regiões de maior  
802 carência, com registro provisório e período de tempo delimitado. **Concluídas as falas, conselheiro**  
803 **Ronald Ferreira dos Santos sintetizou os encaminhamentos: a) recomendação sobre a atuação**  
804 **multiprofissional em acupuntura – elaborar o texto e apreciar no segundo dia de reunião; b)**  
805 **moção contra o PL n° 4.330/2004, em tramitação final na Câmara dos Deputados, que legaliza**  
806 **as terceirizações – elaborar o texto e apreciar no segundo dia de reunião; c) minuta que**  
807 **recomenda à aprovação do PL n°. 4135, que dispõe sobre a assistência de técnico responsável**  
808 **na assistência farmacêutica realizada no âmbito do SUS - elaborar o texto e apreciar no**  
809 **segundo dia de reunião; d) moção de apoio à contratação emergencial de médicos estrangeiros,**  
810 **observados critérios de qualidade efetivados no Brasil e a participação do Controle Social, para**  
811 **atuarem em regiões do Brasil com pessoas sem acesso aos serviços médicos - elaborar o texto**  
812 **e apreciar no segundo dia de reunião; e) moção de repúdio aos atos de violências que os**  
813 **profissionais de odontologia vêm sofrendo no exercício de sua profissão em todo território**  
814 **nacional apreciar o texto no segundo dia de reunião – aprovada; f) delegar à CIRH/CNS a tarefa**  
815 **de definir uma proposta de política de gestão do trabalho com dois focos: relações e regulação**  
816 **do trabalho - aprovada; g) pautar debate sobre gestão do trabalho no Seminário sobre os 25**  
817 **anos do SUS - aprovada; e h) pautar debate no CNS visando à construção de mecanismos para**  
818 **colocar em prática a proposta de serviço civil obrigatório - aprovada.** Por fim, conselheiro **Clóvis**  
819 **A. Bouffleur** informou que, por problemas internos, a resolução sobre a garantia da assistência  
820 farmacêutica para o tratamento das doenças, aprovada na última reunião, não fora encaminhada ao  
821 Ministro da Saúde. Assim, o documento seria enviado ao Gabinete do MS no dia seguinte para  
822 homologação ou resposta até a próxima reunião. **ITEM 4 – PLANO NACIONAL DE SANEAMENTO**  
823 **BÁSICO - Apresentação: Gilson de Carvalho de Queiroz Filho**, Presidente da Fundação Nacional  
824 de Saúde – Funasa; **Ernani Ciríaco de Miranda**, Diretor de Articulação Institucional da Secretaria  
825 Nacional de Saneamento Ambiental/Ministério das Cidades; e **Maurício Carneiro Albuquerque**,  
826 representante do Ministério do Desenvolvimento Agrário. *Coordenação:* conselheira **Maria do**  
827 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O Presidente da FUNASA iniciou agradecendo a  
828 oportunidade de apresentar o Plano Nacional de Saneamento Básico no CNS – PLANSAB ao Plenário  
829 do CNS. Disse que o Plano, construído de forma participativa, contempla três programas –  
830 Saneamento básico integrado (visa cobrir 100% dos déficits urbanos); Saneamento rural (sob a  
831 responsabilidade do MS); e Saneamento estruturante. Explicou que o saneamento rural é um desafio,  
832 porque hoje são 21 milhões na zona rural sem acesso à rede segura e 25 milhões sem destinação  
833 adequada de dejetos. Acrescentou que o PLANSAB prevê R\$ 503 bilhões para atingir a  
834 universalização nos quatro segmentos que compõem o saneamento básico – água, esgotamento  
835 sanitário, serviços sólidos e drenagem urbana – e destina R\$ 24 bilhões para o saneamento rural de  
836 modo a atingir 80% da população rural. Ressaltou que essa é uma questão que precisa ser debatida  
837 em profundidade no CNS, com o foco necessário. Para além da aprovação do PLANSAB, disse que  
838 será necessário rever questões como o prazo (até dezembro de 2013) para que os municípios  
839 apresentem plano municipal de saneamento para acessar recursos para saneamento no próximo ano.  
840 Além disso, destacou que o saneamento é uma importante ação de saúde, haja vista os avanços  
841 alcançados na área de saúde. Destacou que o MS participou ativamente da elaboração do PLANSAB  
842 e solicitou a avaliação e aprovação do Plano para dar seguimento ao processo de apreciação pelos  
843 demais conselhos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que  
844 participara de reunião no Ministério das Cidades para tratar da construção do PLANSAB e lembrou  
845 que, apesar da participação efetiva do MS, por meio da FUNASA, não houve participação do controle  
846 social, por meio do CNS. O Diretor de Articulação Institucional da Secretaria Nacional de Saneamento  
847 Ambiental/Ministério das Cidades, **Ernani Ciríaco de Miranda**, primeiro, agradeceu a oportunidade de  
848 apresentar o Plano ao Plenário do CNS, lembrando que já havia sido tratado na reunião da CISAMA.

849 Iniciou explicando que foi constituído Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI Plansab) para  
850 construção do Plano formado por Ministério das Cidades – Coordenador, Casa Civil da Presidência da  
851 República, Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da  
852 Integração Nacional, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Saúde, Caixa Econômica Federal,  
853 Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Fundação Nacional de Saúde  
854 (FUNASA), Agência Nacional de Águas (ANA), Companhia de Desenvolvidos dos Vales do Rio  
855 São Francisco e do Paraíba (CODEVASF) e Conselho das Cidades (CONCIDADES) - trabalhadores,  
856 Poder Público Municipal e Estadual, Organizações Não Governamentais, Movimento Popular,  
857 Entidades Profissionais, Acadêmica e de Pesquisa. Para além do Grupo de Trabalho, disse que a  
858 construção do Plano foi um processo participativo que contou com as seguintes etapas: em 2008,  
859 elaboração do Pacto pelo Saneamento aprovado pelo CONCIDADES e homologação pelo Ministro  
860 das Cidades; em 2009, levantamento dos problemas e construção da visão estratégica - 5 Seminários  
861 Regionais e 489 participantes; 2009/2010 - primeira rodada de discussão com Conselhos Nacionais:  
862 CNS, CONAMA e CNRH; 2009/2011 - elaboração da proposta, com participação ativa do  
863 GTI/PLANSAB - representantes de 12 Órgãos do Governo Federal e CONCIDADES - 131 emendas  
864 analisadas; 2011 - aprovação da Proposta do PLANSAB pelo GTI e pelo Pleno do CONCIDADES;  
865 2011 - apresentação e discussão da proposta do PLANSAB - 5 Seminários Regionais e 714  
866 participantes; 2011 - apresentação e discussão da proposta do PLANSAB - 2 Audiências Públicas e  
867 171 participantes; 2012 - Consulta Pública sobre a proposta do PLANSAB via internet, com 649  
868 contribuições; 2013 - aprovação da Versão Consolidada pra os Conselhos pelo GTI PLANSAB; e  
869 2012/2013 (ainda em execução) - apreciação da proposta do PLANSAB pelos Conselhos Nacionais:  
870 CNS, CONAMA, CNRH e CONCIDADES. Disse que o Plano se rege pelas orientações da Lei n.  
871 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico no Brasil e as  
872 diretrizes para Política Federal de Saneamento Básico e foi realizado estudo denominado “Panorama  
873 do Saneamento Básico no Brasil” que também serviu de referência na preparação. Além disso,  
874 informou que se optou por trabalhar, junto com Universidades, com elementos do planejamento  
875 estratégico situacional e do planejamento baseado em cenários. No mais, ressaltou que o Plano  
876 possui um conjunto de metas propostas por meio de estudo técnico e propõe um esquema de  
877 monitoramento de avaliação permanente. Detalhou que são inovações do Plano, entre outras: análise  
878 situacional e proposta de estimativa de déficit em saneamento básico e de solução para esse déficit;  
879 discussão sobre qualidade do atendimento - adequado e precário; estabelecimento de medidas para  
880 solucionar os problemas de saneamento – estruturais (obras) e estruturantes (apoiar melhoria da  
881 gestão, realizar capacitação dos técnicos que trabalham com saneamento, realizar pesquisas de  
882 desenvolvimento tecnológico, desenvolvimento de tecnologias apropriadas, entre outros). Explicou  
883 que, dos 86% da população urbana e rural atendida com abastecimento de água, 59% é considerado  
884 adequado e 33% precário; em relação ao esgotamento sanitário, de 76%, 40% é considerado  
885 adequado. Sendo assim, o Plano deve dar conta de solucionar esse déficit. Salientou que o horizonte  
886 do Plano é 20 anos, com definição de metas para curto (até 2018), médio (2023) e longo (2033) prazo  
887 relativas a abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, drenagem e gestão dos  
888 serviços. Fez um destaque à meta de instalação de unidades hidrossanitárias (6 milhões de pessoas  
889 não têm banheiro ou sanitário e a meta é zerar esse número). Salientou que, para cumprir essas  
890 metas, o Plano prevê o investimento de R\$ 508 bilhões nesses 20 anos. Dos 508 bilhões, são  
891 necessários investimentos de R\$ 308 bilhões de agentes federais (recursos administrados pelo  
892 governo federal) e R\$ 210 bilhões de outros agentes (recursos de orçamento municipal, estadual, de  
893 cobrança de tarifa, empréstimos internacionais, doações, entre outros). Seguindo, disse que o Plano  
894 apresenta um conjunto de macrodiretrizes estratégicas que orienta a ação dos diversos agentes com  
895 responsabilidade de saneamento, sendo: relativas às ações de coordenação e planejamento no setor  
896 e às articulações intersetoriais e interinstitucionais para efetiva implementação da Política Nacional de  
897 Saneamento Básico; relativas à prestação, regulação e fiscalização dos serviços de saneamento  
898 básico, de forma participativa e integrada, com vistas à universalização; relativas ao desenvolvimento  
899 tecnológico e ações de saneamento básico em áreas especiais; relativas ao investimento público e  
900 cobrança dos serviços de saneamento básico; e relativas ao monitoramento e avaliação sistemática  
901 do PLANSAB. Disse que várias estratégias possuem correlação com a área da saúde e, entre elas,  
902 citou: adotar estratégias que assegurem a intersetorialidade das ações de saneamento básico com as  
903 políticas de saúde, de desenvolvimento urbano e regional, habitação, proteção ambiental e Recursos  
904 hídricos, entre outras; buscar a universalização da oferta de abastecimento de água potável e de  
905 esgotamento sanitário nas áreas urbana e rural, minimizando o risco à saúde e assegurando  
906 qualidade ambiental; e estabelecer diretrizes para o saneamento básico específicas para a população  
907 rural, com ênfase para áreas indígenas, reservas extrativistas da União e comunidades quilombolas.  
908 Finalizando, falou sobre os três Programas previstos no PLANSAB: Saneamento básico integrado;  
909 Saneamento rural; e Saneamento estruturante. No que se refere ao Programa 1: Saneamento básico

910 integrado, disse que está previsto o investimento em ações estruturais abrangendo,  
911 preferencialmente, mais de um componente do saneamento básico. Sobre o Programa 2: Saneamento  
912 rural, explicou que visa o atendimento da população rural, povos indígenas e comunidades  
913 tradicionais, no conjunto das necessidades dos componentes do saneamento básico, integrados com  
914 o Programa Territórios da Cidadania e com o Programa de Desenvolvimento Rural Sustentável, entre  
915 outros. Em relação ao Programa 3, Saneamento estruturante, destacou que buscar apoiar a gestão  
916 dos serviços com vistas à sustentabilidade para o adequado atendimento populacional e com o olhar  
917 para o território municipal e para a integralidade das ações de saneamento básico. Sobre o  
918 monitoramento e avaliação, disse que está proposta uma estrutura fundamental para acompanhar o  
919 Programa e promover o debate sobre a implementação, segundo cinco dimensões: 1ª) Cenário –  
920 participação e controle social, matriz tecnológica; 2ª) Metas – rurais, coliformes totais, intermitência e  
921 unidades hidrossanitárias; 3ª) Indicadores auxiliares – indicadores sanitários, epidemiológicos; 4ª)  
922 Macrodiretrizes e estratégias – diversas relacionadas à saúde, comunidades especiais e áreas rurais;  
923 e 5ª) Programas – critérios de seleção. Na sequência, o representante do Ministério do  
924 Desenvolvimento Agrário, **Maurício Carneiro Albuquerque**, começou agradecendo o convite e  
925 saudando os convidados pelas falas. Também manifestou satisfação com a abordagem diferenciada  
926 do rural, lembrando que a agricultura familiar teve um crescimento de 52% nos últimos dez anos e  
927 houve mudanças na demanda da população rural. Elogiou o processo de construção coletiva do Plano  
928 e os princípios considerados na elaboração da proposta, além da sintonia com o Programa Territórios  
929 da Cidadania e o Programa de Desenvolvimento Rural Sustentável. Detalhou, inclusive, que o  
930 Programa Territórios da Cidadania, lançado em 2008, tem como objetivos promover o  
931 desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma  
932 estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. Disse que o MDA considera o PLANSAB uma  
933 base para buscar uma ação articulada dos governos no que se refere ao saneamento.  
934 **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** manifestou satisfação por retomar esse debate no  
935 CNS e destacou que o PLANSAB é um instrumento importante na implementação das ações de  
936 saneamento. Como encaminhamento, propôs: definir estratégia de diálogo com os municípios para  
937 implementar as diretrizes e metas do PLANSAB; definir plano estratégico com foco no aumento  
938 imediato da coleta e tratamento adequado do esgoto, e no combate ao desperdício de água tratada  
939 por vazamentos e ligações irregulares nas cidades; assegurar fiscalização na ponta e a execução de  
940 obras; promover um programa de educação ambiental e gestão comunitária para prevenir o  
941 lançamento de esgoto e lixo no ambiente e o uso inadequado da água; garantir que no PLANSAB  
942 sejam estabelecidos procedimentos para ampliar o percentual de execução das obras do PAC  
943 saneamento 1 e 2; estabelecer um estratégia de coleta de resíduos sólidos em favelas e áreas  
944 habitadas de difícil acesso, com envolvimento da população para coletar este resíduo mediante  
945 programas de compensação da participação da população (troca de resíduos por alimento, por  
946 exemplo); identificar adesão e comprometimento dos municípios – formar cooperativas eficazes na  
947 administração do Plano; e assegurar processo de educação ambiental para a população. Conselheira  
948 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** reiterou a importância de priorizar a educação em saúde no  
949 PLANSAB, especificamente no que diz respeito ao descarte adequado de medicamentos em desuso,  
950 evitando contaminação do meio ambiente. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** destacou que os  
951 déficits e a falta de atendimento no que se refere ao abastecimento de água, ao esgotamento sanitário  
952 e ao manejo de resíduos sólidos justificam o processo de adoecimento da população. Portanto,  
953 afirmou que investir em saneamento é promover saúde. Também avaliou que o país necessita de uma  
954 política de retorno para assegurar o descarte adequado dos insumos e medicamentos hospitalares  
955 utilizados nos domicílios. Assim, sugeriu contemplar essa questão na Política de Saneamento, no item  
956 do manejo dos resíduos sólidos, porque os usuários não sabem o que fazer com o material utilizado  
957 que pode causar contaminação e trazer dano à população. Conselheiro **Wilson Valério da Rosa**  
958 **Lopes** ressaltou que o debate do PLANSAB não é novo no CNS e na CISAMA, tendo sido aprovadas  
959 recomendações do CNS, em 2012, sobre o tema. Disse que a CONAM apresentou emendas coletivas  
960 ao PLANSAB, algumas acolhidas outras não, tendo sido assegurado um processo importante de  
961 participação na construção do documento. Salientou que era fundamental aprovar o Plano naquela  
962 reunião para dar seguimento ao trâmite de apreciação e, posteriormente, debater temas importantes e  
963 subsidiários da discussão maior. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou satisfação com  
964 a incorporação de recomendações e resoluções do CNS ao Plano e solicitou informações sobre o  
965 Programa Territórios da Cidadania. Também avaliou que o país dispõe de condições para cumprir as  
966 metas relativas a abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos em prazo menor  
967 que 20 anos e sugeriu a utilização da mídia e o apoio dos profissionais nesse sentido. Conselheiro  
968 **Willen Heil e Silva**, primeiro, cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar o tema no dia  
969 mundial do meio ambiente. Lembrou que a Lei 2.661/1995 define que o Ministério da Saúde, depois  
970 dos necessários estudos, orientará o aproveitamento das riquezas hidrológicas e climáticas do país,



971 no interesse da ciência e da saúde pública e destacou o potencial dos recursos terapêuticos  
972 estabelecidos inclusive na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde –  
973 termalismo e crenoterapia, entre outras práticas. Nessa linha, perguntou se há interface do PLANSAB  
974 com as práticas complementares, lembrando, inclusive, que estudos comprovam os resultados dessas  
975 práticas para tratamento de doenças e promoção de saúde. Dada a importância dessa Política,  
976 aproveitou para reiterar a solicitação de rubrica com destinação de recurso próprio para  
977 implementação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou os expositores e avaliou que o  
978 país teve um crescimento importante, mas desordenado, que resultou em uma situação de caos.  
979 Nesse sentido, considerou que o planejamento é essencial, mas, em relação ao PLANSAB, avaliou  
980 que o prazo de 20 anos é muito longo para alcançar as metas de abastecimento de água,  
981 esgotamento sanitário, resíduos sólidos. Ressaltou que é essencial esforço para alcançar os objetivos  
982 antes desse prazo e beneficiar a população, inclusive porque o país tem condições para tanto.  
983 Também perguntou como o Plano prevê o crescimento do país nos próximos anos e como as  
984 empresas participarão desse processo. Por fim, salientou que é preciso pensar em um processo de  
985 redistribuição da população do Brasil, de modo a ocupar melhor o território brasileiro. Conselheira  
986 **Marisa Furia Silva** reiterou que é preciso definir um planejamento específico, com metas, para coleta  
987 e tratamento de esgoto no país. Também defendeu a definição de um programa para evitar o  
988 desperdício de água, com a fiscalização adequada. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**  
989 registrou que CONASS e CONASEMS encaminham pela aprovação do PLANSAB e defendem o  
990 acompanhamento. Conselheiro **Alexandre Correia dos Santos** registrou que acompanha o parecer  
991 da CISAMA pela aprovação do PLANSAB de modo a assegurar a sua implantação. Conselheiro  
992 **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu incluir mais um item na recomendação determinando que o  
993 processo de prestação de contas dos recursos financiamentos advindos do orçamento da saúde  
994 pudessem, com base nos indicadores do PLANSAB, ser explicitados, na lógica da Lei n°. 141, por  
995 meio dos relatórios quadrimestrais e no RAG, de modo a possibilitar eventuais ajustes. Conselheira  
996 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, começou reconhecendo a importância do trabalho  
997 do Ministério das Cidades e da FUNASA não só em relação ao PLANSAB, todavia, apontou  
998 inquietações que precisam ser discutida como: necessidade de debater a concepção sobre o que é  
999 saneamento básico, porque ainda há conflito; ausência de indicador sobre o déficit real do  
1000 saneamento; quais são as fontes reais e permanentes de recursos e como se dá a gestão desses  
1001 recursos? Qual é o volume de recursos para saneamento considerando que há vários programas e  
1002 como coordenar? Qual é a sustentabilidade e como fica a coordenação e a gestão? Salientou que o  
1003 setor saúde não conseguiu politizar o debate do saneamento e, portanto, é preciso convencer o  
1004 governo que o saneamento é prioridade. Também disse que é preciso definir como garantir a adesão  
1005 dos municípios para cumprir as metas definidas pelo Plano, lembrando inclusive a terceirização nessa  
1006 área como dificultador. No mais, destacou a importância da investir na mobilização e na comunicação  
1007 para convencer a população sobre a importância do saneamento e colocou o CNS à disposição para  
1008 contribuir na inclusão dessa política pública na agenda do governo de forma mais incisiva. **Retorno da**  
1009 **mesa.** O diretor de Articulação Institucional da Secretaria Nacional de Saneamento  
1010 Ambiental/Ministério das Cidades, **Ernani Ciríaco de Miranda**, iniciou agradecendo os comentários e  
1011 as colocações e reiterou que o processo se inicia com a aprovação do PLANSAB. Explicou que no  
1012 processo de discussão foi necessário afunilar as contribuições e chegou-se ao Plano que representa o  
1013 consenso possível no âmbito do debate, apesar de não ser o ideal. Explicou que a educação  
1014 ambiental é contemplada em várias diretrizes estratégias do Plano, por se tratar de elemento  
1015 fundamental para o êxito das ações. Todavia, o detalhamento de como se dará o processo será  
1016 contemplado no plano de ação. Também informou que o Plano Nacional de Gestão dos Resíduos  
1017 Sólidos trata da questão dos resíduos especiais e o PLANSAB trata dos resíduos domésticos e da  
1018 limpeza urbana. Informou ainda que a área de saúde participa da discussão sobre os resíduos  
1019 especiais de saúde e resíduos de embalagem no Grupo Interministerial e essas questões também  
1020 dialogam com o PLANSAB. Disse que a adesão ao Plano foi um ponto extremamente debatido e  
1021 lembrou que, nos termos da Constituição, o provimento do saneamento básico é uma competência  
1022 municipal. O governo federal participa no estabelecimento de diretrizes gerais, planos e programas,  
1023 mas não pode obrigar os municípios a cumprir diretrizes de sua competência. Desse modo, explicou  
1024 que a proposta é trabalhar essa questão a partir da adesão aos programas federais. Além disso,  
1025 destacou que o foco do esgotamento sanitário é o tratamento, com previsão de recursos. Também  
1026 destacou que no Brasil perde-se uma média de 40% da água tratada, representando um prejuízo de  
1027 R\$ 7 a 8 bilhões/anos e, desse total, 70% é recuperável. Ressaltou que o PLANSAB também abarca a  
1028 questão do lixo tratado e a forma de fazer será detalhada posteriormente. Salientou ainda que a  
1029 comunicação/mobilização é uma macro diretriz estratégica para implantação do PLANSAB. Sobre o  
1030 prazo, disse que, após amplo debate, chegou-se à conclusão que não é possível alcançar as metas  
1031 antes de 20 anos, porque o país não está organizado para conseguir isso. Todavia, disse que o Plano

1032 será monitorado e, se possível, esse prazo será reduzido. Também informou que há metas para coleta  
1033 de esgoto, assim como para perda de água. Lembrou que o Plano contempla monitoramento e  
1034 avaliação, incluindo prestação de contas da aplicação de recursos e busca da qualificação dos dados  
1035 públicos. Saliu que questões como sustentabilidade, comunicação, entre outras estão  
1036 contempladas no Plano e são compromissos do Ministério das Cidades e do Conselho Nacional das  
1037 Cidades. O Presidente da FUNASA, **Gilson de Carvalho de Queiroz Filho**, reiterou que o Plano foi  
1038 elaborado de modo a possibilitar a incorporação de outras questões, bem como detalhamento. Sobre  
1039 a execução dos recursos, explicou que, por vezes, o município recebe recurso, mas não possui  
1040 projeto para execução, causando a não execução. Diante dessa situação, destacou que a tentativa é  
1041 garantir a aplicação desse recurso repassado ao invés de cancelar. De todo modo, explicou que se  
1042 enfrenta dificuldades na contratação de empresas para realizar obras de saneamento. Sendo assim, é  
1043 necessário preparação para elaborar projetos de saneamento e executar as obras necessárias.  
1044 Concordeu que a terceirização é uma questão crítica e lembrou que os municípios estão terceirizando  
1045 a elaboração dos planos municipais de saneamento. Destacou que o desafio é grande e a FUNASA  
1046 realizará uma série de oficina para debater o Plano e solicitou a participação dos setores que  
1047 compõem o CNS para contribuir no processo de execução do PLANSAB. O representante do  
1048 Ministério do Desenvolvimento Agrário, **Maurício Carneiro Albuquerque**, explicou que o MDA tem  
1049 destinado recursos para fomentar a mobilização inclusive para que os segmentos conheçam as  
1050 políticas públicas. Também salientou que a participação social na implementação é de suma  
1051 importância haja vista a dependência da adesão dos municípios para execução da Política. Destacou  
1052 ainda que, a partir desse debate nasce uma nova agenda entre os dois ministérios e salientou que  
1053 muitos dos temas levantados seriam tratados na 2ª Conferência Nacional de Desenvolvimento Rural  
1054 Sustentável e Solidário. Conselheiro **Willen Heil e Silva** dispôs-se a contribuir para incorporar o  
1055 termalismo e a crenoterapia no Plano. Conselheira **Bartíria Perpétua da Costa** solicitou o apoio do  
1056 CNS no fomento à realização da 5ª Conferência Nacional das Cidades, que será realizada no período  
1057 de 20 a 24 de *novembro* de 2013. Saliu a importância de incentivar a participação dos conselhos  
1058 de saúde no processo de construção dos planos municipais de saneamento. O diretor de Articulação  
1059 Institucional da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental/Ministério das Cidades, **Ernani Ciríaco  
1060 de Miranda**, interveio para explicar que o Plano não faz referências às práticas integrativas e  
1061 complementares do SUS, mas aceitou a disposição para contribuir na incorporação desse tema no  
1062 Plano. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu a realização de um seminário a respeito da  
1063 interface da saúde ambiental com o processo de desenvolvimento das cidades, antes da 5ª  
1064 Conferência Nacional das Cidades. Encaminhando, conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
1065 Presidente do CNS, fez a leitura da minuta de recomendação ao Ministério das Cidades e Presidência  
1066 da República. O texto é o seguinte: "Considerando que o Art. 200 da Constituição Federal determina  
1067 que ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, participar da  
1068 formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; Considerando o Art. 52 que  
1069 determina que a União elaborará, sob a coordenação do Ministério das Cidades, o Plano Nacional de  
1070 Saneamento Básico – PNSB; Considerando a proposta do Plano Nacional de Saneamento Básico -  
1071 PLANSAB apresentada pela Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades  
1072 na 37ª Reunião do Conselho das Cidades; Considerando que a proposta do Plano Nacional de  
1073 Saneamento Básico – PLANSAB foi amplamente debatida por todos os segmentos da sociedade  
1074 brasileira envolvidos com o saneamento básico em diversos seminários regionais, audiências  
1075 públicas, submetida à consulta pública pela internet, discutida pelo Comitê Técnico de Saneamento  
1076 Ambiental do CONCIDADES, e elaborada sob a coordenação do Grupo de Trabalho Interinstitucional,  
1077 criado pelo Decreto nº. 6.942, de 18 de agosto de 2009, que a aprovou; Considerando o que dispõe o  
1078 Decreto nº 7.217 de 21 de junho de 2010, especialmente o art. 62, que se refere à apreciação do  
1079 Plano Nacional de Saneamento Básico - PLANSAB pelos Conselhos Nacionais de Saúde, Meio  
1080 Ambiente, Recursos Hídricos e das Cidades. O CNS recomenda ao Conselho das Cidades, ao  
1081 Ministro das Cidades e à Presidência da República, a aprovação do Plano Nacional de Saneamento  
1082 Básico – PLANSAB." Além da recomendação, listou os encaminhamentos que emergiram do debate:  
1083 explicitar os indicadores no Plano Nacional de Saúde para contemplar nos instrumentos de gestão da  
1084 saúde; inclusão do tema na 2ª Conferência Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável e  
1085 Solidário; realização de seminário como preparatório para participar da 5ª Conferência Nacional das  
1086 Cidades; participação no GT interinstitucional; recomendar que no PLANSAB sejam estabelecidos  
1087 procedimentos para ampliar o percentual de execução das obras do PAC saneamento 1 e 2;  
1088 recomendar diálogo com os municípios para implementar as diretrizes e metas do PLANSAB;  
1089 recomendar a definição de plano estratégico com foco no aumento imediato da coleta e tratamento  
1090 adequado do esgoto, e no combate ao desperdício de água tratada por vazamentos e ligações  
1091 irregulares nas cidades; recomendar o estabelecimento de estratégia de coleta de resíduos sólidos em  
1092 favelas e áreas habitadas de difícil acesso, com envolvimento da população para coletar este resíduo

1093 mediante programas de compensação da participação da população (troca de resíduos por alimento,  
1094 por exemplo); recomendar a promoção de um programa de Educação Ambiental e gestão comunitária  
1095 para prevenir o lançamento de esgoto e lixo no ambiente, e uso inadequado da água. Como  
1096 deliberação, o Plenário decidiu que a recomendação, considerando os adendos dos conselheiros,  
1097 seria apreciada no segundo dia de reunião. Com esse encaminhamento, a Presidente do CNS  
1098 agradeceu os convidados e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes  
1099 conselheiros: *Titulares* – **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana**  
1100 **Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho  
1101 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,  
1102 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**, Ministério da  
1103 Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de  
1104 Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
1105 (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde  
1106 (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia  
1107 Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**,  
1108 Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Ministério da Saúde;  
1109 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); **João Rodrigues Filho**,  
1110 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
1111 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de  
1112 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários  
1113 de Saúde – CONASS; **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de  
1114 Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos  
1115 Ostimizados (ABRASO); **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);  
1116 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais  
1117 e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
1118 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);  
1119 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**,  
1120 Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy**  
1121 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**,  
1122 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de  
1123 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
1124 Farmacêuticos (FENAFAR); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO);  
1125 **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**,  
1126 Liga Brasileira de Lésbicas; **Waldir Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM); **Wilson**  
1127 **Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zan**  
1128 **Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. *Suplentes* – **Agnele**  
1129 **Temrité Wadzatsé**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONSIDI;  
1130 **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR; **Alexandre**  
1131 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Valéria**  
1132 **Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da  
1133 Mama – FEMAMA; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;  
1134 **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde; **Bartíria Perpétua da Costa**, Confederação Nacional  
1135 das Associações de Moradores – CONAM; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos Portadores de  
1136 Esclerose Múltipla (MOPEM); **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos  
1137 Médicos – FENAM; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e  
1138 Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de  
1139 Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores  
1140 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Eliane**  
1141 **Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Ernani Ciriaco de Miranda**, Ministério das Cidades;  
1142 **Fernanda Bevenuto**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Geisyane**  
1143 **Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Gilene José**  
1144 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI);  
1145 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos  
1146 Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira**  
1147 **Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Naum de Mesquita Chagas**,  
1148 Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **José Wilton da Silva**, Federação  
1149 das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Júlia Maria Santos Roland**,  
1150 Ministério da Saúde; **Leonardo Batista Paiva**, Ministério do Trabalho em Emprego; **Lorena Baía**  
1151 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Lourenço Borges Milhomem**, Coordenação das  
1152 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional  
1153 dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores

1154 - NCST; **Marco Akerman**, Rede Unida, **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-  
1155 Graduandos – ANPG; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos  
1156 Veterinários - FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do  
1157 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento Nacional da  
1158 População de Rua – MNPR; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBlo;  
1159 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação  
1160 de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle  
1161 do Tabagismo; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Sebastião**  
1162 **Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos  
1163 Enfermeiros – FNE; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
1164 (COFFITO); **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Iniciando o  
1165 segundo dia de reunião, a mesa foi composta para debate do item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÕES**  
1166 **DO CNS – Apresentação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; conselheiro  
1167 **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **Coordenação:** conselheira **Nelcy Ferreira**  
1168 **da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **Objetivo:** definir critérios e pactuar compromissos, recomposição  
1169 e renovação das Comissões. De início, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** lembrou que, na última  
1170 reunião do CNS, das 26 Comissões do Conselho o Plenário definiu a coordenação de vinte e estavam  
1171 pendentes ainda seis: Comissão Intersectorial de Recursos Humanos - CIRH, Comissão Nacional de  
1172 Ética em Pesquisa – CONEP, Comissão Intersectorial de Educação Permanente do Controle Social no  
1173 SUS – CIEPCSS; Comissão Intersectorial de Ciência e Tecnologia – CICT; Comissão Intersectorial de  
1174 Saúde Suplementar – CISS; e Comissão Intersectorial de Saúde da Pessoa com Deficiência – CISPd.  
1175 A seguir, conselheira **Maria Socorro de Souza**, Presidente do CNS, fez uma explanação sobre o  
1176 planejamento do CNS 2013-2015 para nortear a definição das coordenações das comissões ainda  
1177 sem consenso. Ressaltou que das seis comissões do CNS que precisam definir coordenação,  
1178 destacou a CIRH e a CONEP por conta do papel dessas duas comissões. Nessa linha, destacou as  
1179 diretrizes 3 e 4 do Planejamento e as ações definidas por conta da inter-relação com o objeto dessas  
1180 comissões: Diretriz 3: Participar da Formulação e Controle da Execução da Política de Gestão do  
1181 Trabalho e Educação Permanente em Saúde – ações: contribuir para a valorização da força de  
1182 trabalho do Sistema Único de Saúde; qualificar a formação profissional em saúde e o acesso dos  
1183 profissionais do sus à educação permanente; e fortalecer a Política de Saúde do Trabalhador do SUS;  
1184 e Diretriz 4: Acompanhar o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias e insumos estratégicos  
1185 em saúde no SUS – ações: aproximar a produção de conhecimento e incorporação tecnológica na  
1186 saúde às necessidades da população; e assegurar mecanismos para proteção dos participantes de  
1187 pesquisa e valorização dos pesquisadores. Lembrou que no planejamento o CNS destacou os  
1188 seguintes aspectos problemas acerca da gestão do trabalho e da ética em pesquisa: baixa  
1189 remuneração das bolsas de pesquisas; dificuldade de acesso da população aos insumos e  
1190 tecnologias; distanciamento da comunidade científica em relação às necessidades do SUS; fragilidade  
1191 estrutural dos CEP e da CONEP; discriminações a LGBT, sexismo e racismo; problemas na  
1192 implementação da Plataforma Brasil e dificuldades na análise de protocolos; fragilidade de  
1193 comunicação CNS-CONEP; debilidade da discussão sobre assistência farmacêutica e propriedade  
1194 intelectual; falta de revisão das prioridades de pesquisa e nova conferência de CTIS e assistência  
1195 farmacêutica. No que se refere à diretriz 4, lembrou que foram definidos os seguintes objetivos:  
1196 aproximar a produção de conhecimento e incorporação tecnológica na saúde às necessidades da  
1197 população; e assegurar mecanismos para proteção dos participantes de pesquisa e valorização dos  
1198 pesquisadores. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou qual é a justificativa para urgência na  
1199 definição da coordenação da CONEP e da CIRH em relação às demais comissões do CNS. No seu  
1200 modo de ver todas as comissões do CNS deveriam ser tratadas no mesmo patamar de importância,  
1201 apesar de compreender as especificidades da CONEP, que, inclusive, possui regimento próprio e  
1202 regras específicas para composição. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** solicitou a  
1203 **retificação dos** pleitos para coordenação da CIEPCSS, conforme debate na última reunião:  
1204 coordenação: CONASEMS, CONTAG e FASUBRA; e coordenação adjunta: MORHAN. Conselheiro  
1205 **Jorge Alves de Almeida Venâncio** explicou que era candidato à coordenação da CONEP e salientou  
1206 que a coordenação dessa Comissão era um cargo eminentemente do Conselho, cabendo ao Plenário  
1207 defini-la com a máxima urgência. Ressaltou que o CNS devia assumir a Comissão como um espaço  
1208 de defesa dos interesses e necessidades dos participantes da pesquisa, que são os mais vulneráveis,  
1209 e do interesse do país. Nessa linha, defendeu que o critério central para definição da coordenação da  
1210 CONEP deveria ser político e não técnico. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**  
1211 concordou que era preciso aprofundar o diálogo para definir a coordenação das comissões naquela  
1212 oportunidade, a fim de garantir o bom funcionamento do CNS. Também explicou que as prioridades  
1213 apontadas pela mesa estavam em consonância do planejamento do CNS, aprovado pelo Plenário.  
1214 Conselheiro **Nelson Mussolini** ressaltou que era urgente definir a coordenação da CONEP, porque

1215 havia uma série de solicitações de pesquisas clínicas aguardando parecer da Comissão. Lembrou  
1216 que, em 2012, o Brasil perdeu 1.200 pesquisas clínicas para outros países, o que trouxe prejuízos  
1217 para o país. Também destacou a demora na aprovação de pesquisas clínicas no Brasil (quatorze  
1218 meses) em comparação a outros países como Estados Unidos, França e Canadá cujos prazos eram  
1219 de 3 a 4 meses para aprovação de pesquisa clínica; Argentina, com prazo de seis meses; Chile, com  
1220 prazo de 4 meses e meio; Inglaterra, 5 meses; na Rússia, 5 meses. Destacou, ainda, que não podia  
1221 acreditar que as comissões de ética de outros países fossem menos éticas que a CONEP, o que não  
1222 justifica a demora na aprovação dos estudos clínicos no Brasil. Por fim, avaliou que a CONEP é um  
1223 órgão técnico e não político e esse princípio deveria nortear a definição da coordenação da Comissão.  
1224 Conselheiro **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza** manifestou preocupação com o  
1225 funcionamento da CONEP uma vez que pesquisas, que visam a melhoria da atenção à saúde, são  
1226 prejudicadas com a demora na análise de projetos. Além disso, lembrou que o planejamento  
1227 identificou dificuldade de relacionamento entre a CONEP e o Plenário do CNS. Avaliou que o Brasil  
1228 avançou na definição de um sistema de ética em pesquisa que concilia aspectos políticos e  
1229 conhecimento técnico, mas era preciso aprimorar o funcionamento da Comissão e o CNS possui papel  
1230 importante nesse sentido. Lembrou que tramitam no Congresso Nacional projetos para retirar a  
1231 CONEP da égide do controle social, assim, a Comissão deve funcionar com rigor e eficiência  
1232 assegurando a proteção dos sujeitos de pesquisa e propiciando o avanço do desenvolvimento  
1233 científico/tecnológico. Salientou que é preciso discutir a coordenação, a composição e o  
1234 funcionamento da CONEP e o governo deve comprometer-se em garantir as condições materiais para  
1235 o funcionamento da Comissão. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, diante das falas que a  
1236 antecederam, solicitou que fosse aberta a palavra aos integrantes da Comissão para relato sobre a  
1237 situação real da CONEP antes de definir a coordenação. Conselheiro **Ubiratan Cassano** solicitou que  
1238 fosse assegurada a palavra aos inscritos e, posteriormente, o Plenário tomasse os encaminhamentos  
1239 devidos acerca da coordenação das comissões. Seguindo esse encaminhamento, a mesa abriu a  
1240 palavra aos demais inscritos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a sua preocupação  
1241 com o renascimento de posições fascistas e conservadoras ocupando amplos espaços do debate  
1242 político nacional. Frisou que a discussão sobre a composição e a coordenação da CONEP era política  
1243 e o CNS deveria assumir essa questão. Também reiterou que a Mesa Diretora do CNS trouxe o  
1244 planejamento do CNS para nortear a construção coletiva do Plenário. Conselheiro **Luiz Odorico**  
1245 **Monteiro de Andrade** destacou que a CIRH e a CONEP eram comissões essenciais do CNS, uma  
1246 vez que o Brasil ocupa os últimos lugares em relação ao percentual de médicos/habitante e às  
1247 pesquisas científicas, o que gera grandes prejuízos para o país. Defendeu que, além da coordenação  
1248 e composição das comissões, o Plenário definisse uma agenda de debate de temas essenciais para o  
1249 país como ampliação da oferta de vagas para Medicina e residência, maior celeridade nos ensaios  
1250 clínicos, incorporação tecnológica, fortalecimento dos CEPs. Conselheiro **Ubiratan Cassano** salientou  
1251 que o debate sobre a coordenação e composição das comissões vem se arrastando há muito tempo,  
1252 assim, caso não houvesse consenso, defendeu a definição por voto. Também solicitou maiores  
1253 esclarecimentos sobre a ameaça de a CONEP sair do âmbito do Conselho e defendeu que o Plenário  
1254 do CNS defina os rumos dessa Comissão. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu a  
1255 escolha da coordenação da CONEP naquela reunião e as demais questões levantadas fossem  
1256 retomadas posteriormente para debate. Também destacou que a demora na análise dos projetos de  
1257 pesquisa justificava-se por excesso de cuidado e cautela e cuidado por conta do processo instalado  
1258 no Brasil hoje. Além da CONEP e CIRH, também defendeu a definição da coordenação das demais  
1259 comissões do CNS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** reiterou que não existia comissões do  
1260 CNS mais importantes que outras e registrou que o segmento dos trabalhadores apoiava a indicação  
1261 do segmento dos usuários para coordenar a CONEP. Conselheira **Ana Maria Costa** avaliou que o  
1262 Plenário deveria definir as diretrizes para a atuação da CONEP e os candidatos à coordenação  
1263 deveriam explicitar os seus projetos para a Comissão. Com isso, o Plenário definiria a coordenação e  
1264 o mecanismo de funcionamento da CONEP para dar conta das diretrizes definidas pelo CNS em  
1265 relação à ética em pesquisa. Também retirou o pleito do CEBES para a coordenação adjunta da  
1266 CONEP, mas se dispõe a contribuir para fazer avançar a pesquisa com garantia do interesse público.  
1267 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** interveio para registrar a posição da Associação Brasileira de  
1268 Enfermagem - ABEn sobre a coordenação da CONEP e da CIRH. A respeito da CONEP, explicou  
1269 que, considerando que a ABEn é filiada à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e à Rede  
1270 Feminista de Direitos Sexuais e Produtivos e não participa do movimento conservador que traz para o  
1271 centro do debate questões relacionadas ao fundamentalismo religioso; e considerando a definição no  
1272 Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, realizado entre os dias 3 e 5 de junho, a ABEn não  
1273 apoiava a candidatura da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB à coordenação da  
1274 CONEP pelo bem da pesquisa e o coletivo dos usuários. Disse que a Associação não possui restrição  
1275 ao nome do candidato da CNBB e respeitava a sua trajetória de pesquisa, mas entendia que, diante

1276 de debates sobre questões como células tronco, aborto, reprodução assistida, não há como uma  
1277 liderança política não falar em nome da sua entidade ou ter dificuldade para manifestar o seu  
1278 posicionamento. A respeito da CIRH, reiterou que a ABEn é candidata à coordenação por razões  
1279 políticas e não técnicas e se dispõe a ser a interlocutora dos trabalhadores e usuários na defesa de  
1280 profissionais qualificados para exercícios de suas funções no âmbito do SUS. Também destacou a  
1281 importância de estreitar a relação entre a CIRH e a CIEPCSUS, para tratar de questões como  
1282 formação, modelo assistencial e processo de trabalho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
1283 registrou que a Federação Nacional dos Farmacêuticos - Fenafar apoiava a posição da ABEn no que  
1284 diz respeito à coordenação da CONEP. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** registrou que a  
1285 indicação dos usuários para os CEPs é proforma e, nessa linha, solicitou a atenção do próximo  
1286 coordenar da CONEP para os usuários que não desejam mais ser massa de manobra desses  
1287 Comitês. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** destacou que as falas apontaram a necessidade de  
1288 aprofundar o debate sobre a situação da CONEP. Avaliou que não seria possível definir a  
1289 coordenação da CONEP e CIRH naquele momento e, por essa razão, sugeriu debater a composição  
1290 das demais comissões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez um questionamento sobre o  
1291 verdadeiro papel da CONEP e reiterou que se trata de uma comissão do CNS, mas com tempo  
1292 diferente. Além disso, questionou se, dependendo do coordenador escolhido, haveria mais celeridade  
1293 na análise dos projetos e melhoria das condições de trabalho. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**  
1294 **Venâncio** reiterou que o papel fundamental da CONEP é defender os direitos dos participantes da  
1295 pesquisa e o interesse nacional. Também avaliou que os usuários participantes dos CEP precisavam  
1296 de apoio especial e sugeriu a realização de um encontro para formação específica dos usuários para  
1297 participar nos CEP. Também esclareceu que não é contra investimento estrangeiro, desde que não  
1298 seja feito com recurso do Brasil (BNDS). Além disso, frisou que seria um representante do CNS na  
1299 CONEP, portanto, defenderia o cumprimento das decisões do Plenário. Conselheiro **Clóvis A.**  
1300 **Bouffleur** interveio para esclarecer que o professor Aníbal Gil Lopes era professor da Universidade  
1301 Federal do Rio de Janeiro e havia sido indicado pelo CEP do Rio de Janeiro para compor a Comissão,  
1302 portanto, não se tratava de uma indicação da CNBB. Lembrou que, após diálogo, o Plenário apoiou a  
1303 indicação, feita pela CONEP, do nome do professor para coordenação adjunta da Comissão, em  
1304 dezembro de 2012. Assim, para que assumisse a coordenação, a CNBB incluiu o professor como  
1305 segundo suplente no CNS. Dessa forma, disse que o nome do professor Aníbal Gil Lopes não era  
1306 uma indicação da igreja ou do conservadorismo. Também disse que aquela era a segunda vez que o  
1307 assunto vinha à pauta, pois, em novembro de 2012, a CONEP propôs a alteração da coordenação e o  
1308 assunto não havia sido pautado até aquele momento. Nesse sentido, frisou que o debate estava em  
1309 processo democrático de construção e questionou se votar a coordenação da CONEP seria a melhor  
1310 opção. Por fim, estranhou a pressa em votar a coordenação da CONEP, quando a revisão da  
1311 Resolução n°. 196, um balizador do CNS, havia sido aprovada e ainda não homologada. Conselheira  
1312 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** disse que o CNS vive um processo de  
1313 renovação ímpar e uma das preocupações nesse processo é a recomposição das comissões do CNS.  
1314 Avaliou que é preciso pensar na estrutura de funcionamento de todas as comissões do CNS e não  
1315 apenas a CONEP, inclusive para pautar temas de interesse da sociedade como o Estatuto do  
1316 Nascituro, aprovado no Congresso Nacional. Por fim, disse que o CNS possuía acúmulo suficiente  
1317 para definir a coordenação da CONEP e das demais comissões do CNS naquele momento.  
1318 Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** salientou que era interesse dos usuários tratar desse tema,  
1319 uma vez que esse segmento era o alvo principal da falta de ética. Frisou que o usuário deve ser  
1320 tratado no centro da discussão técnica, política e de gestão e a ética em pesquisa deve estar no  
1321 centro da responsabilidade do CNS. Destacou que nenhuma Comissão do CNS, em especial a  
1322 CONEP, podia funcionar de forma paralela ao Plenário do Conselho. Por fim, avaliou que o Plenário  
1323 estava suficientemente esclarecido para definir a coordenação de todas as Comissões do CNS  
1324 naquele momento. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** lembrou que, em 2012, a coordenação da  
1325 CONEP apresentou um documento ao Plenário do Conselho detalhando as dificuldades enfrentadas  
1326 pela Comissão e perguntou se as questões foram resolvidas. Também ratificou a indicação de um  
1327 representante do usuário para coordenar a CONEP. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**  
1328 registrou o seu incômodo com a ausência de todos os candidatos à coordenação da CONEP no  
1329 debate. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, primeiro, salientou que a CONEP é uma comissão  
1330 diferenciada do CNS, por ser a única que delibera sem a presença do Plenário. Como  
1331 encaminhamento, propôs: votar a coordenação da CONEP, com defesa de candidaturas; e realizar  
1332 seminário sobre ética em pesquisa, com ampla participação do usuário, academia, CES, CMS.  
1333 Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** explicou que parte do encaminhamento proposto estava  
1334 prejudicada porque um dos candidatos à coordenação não estava presente. Conselheiro **Luís**  
1335 **Eugênio Portela Fernandes de Souza** avaliou que o debate da CONEP extrapolava a definição  
1336 coordenação e, portanto, defendeu a realização de um seminário para aprofundar o debate sobre a

1337 estrutura e funcionamento da Comissão. Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** defendeu a  
1338 definição da coordenação da CONEP naquele momento, por entender que o Plenário estava  
1339 suficientemente esclarecido. Conselheira **Marisa Furia Silva** ressaltou que, dada a complexidade,  
1340 solicitara a realização de uma reunião extraordinária para tratar das comissões, o que não foi possível.  
1341 Esclareceu ainda que a CONEP enfrentou problemas estruturais prejudicando o trabalho da  
1342 Comissão. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, primeiro, lamentou que todos os candidatos à  
1343 coordenação da CONEP não estivessem presentes, inclusive para explanar as suas posições.  
1344 Todavia, ressaltou que o coordenador da CONEP deve estar livre de qualquer dogma a fim de não  
1345 prejudicar nenhum tipo de pesquisa, independente do tema. Além disso, disse que recebera a  
1346 informação que o coordenador da Comissão, diante de questões polêmicas, retira-se do debate e  
1347 avaliou que, ao contrário disso, o coordenador deve participar de qualquer debate. Conselheira **Maria**  
1348 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, começou salientando que qualquer entidade eleita poderia  
1349 pleitear a coordenação das comissões, portanto, todas as candidaturas eram legítimas. Considerando  
1350 o princípio da democracia interna, discordou das propostas de adiar a decisão ou de definir no voto o  
1351 que pode ser feito por meio de negociação. Salientou que o debate da ética em pesquisa não era  
1352 prerrogativa da academia e envolvia a discussão de conflitos de interesses e dogmas. Sendo assim, o  
1353 interesse público deveria ser o balizador dos debates no âmbito das comissões. Disse que ao assumir  
1354 a presidência do CNS esteve em quatro comissões para ouvir sobre a agenda, os desafios e as  
1355 contradições e salientou que havia contradições na CONEP. Destacou que o Conselho autorizou o  
1356 funcionamento da CONEP distanciado do Plenário, mas isso não pode continuar nessa gestão.  
1357 Também concordou com a proposta de realizar seminário, com ampla participação, para debater ética  
1358 em pesquisa. Por fim, parabenizou a ABEN e a FENAFAR pela explicitação das suas opiniões e frisou  
1359 que o CNS assumia o debate da ética em pesquisa. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** interveio para  
1360 esclarecer que o conselheiro Anibal Gil Lopes era 2º suplente no CNS e, por essa razão, não havia  
1361 sido convocado para participar da reunião. Além disso, retificou que o nome dele era uma indicação  
1362 da CONEP para coordenar a Comissão. Por fim, disse que a posição a respeito da CNBB não poderia  
1363 modificar-se de acordo com situações específicas, vez que se trata de uma entidade idônea que  
1364 contribui significativamente para a promoção da saúde no país. Nesse contexto, lembrou, que, quando  
1365 conclamada a participar do Movimento Saúde + 10, contribuiu significativamente com a coleta de  
1366 assinaturas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sintetizou os encaminhamentos que emergiram do  
1367 debate: 1) prorrogar a decisão sobre a coordenação da CONEP; 2) definir todas as coordenações das  
1368 comissões na reunião; 3) definir a coordenação das seis comissões na reunião, deixando por último  
1369 CONEP e CIRH; 4) votar todas as coordenações, com defesa de candidatura; e 5) realizar seminário  
1370 para debater ética em pesquisa. Após manifestações, a mesa, com a anuência do Plenário, colocou  
1371 em votação, primeiro, as propostas sobre a coordenação da CONEP: 1) definir a coordenação  
1372 naquele momento; e 2) adiar a definição da coordenação para outro momento. **Com 33 votos o**  
1373 **Plenário decidiu definir a coordenação da CONEP naquele momento. A proposta de adiar a**  
1374 **votação recebeu nove votos.** Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou como se daria a  
1375 coordenação adjunta da CONEP. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
1376 explicou que o Pleno definiria naquele momento a coordenação da CONEP que lhe competia, nos  
1377 termos do Regimento, e a renovação da coordenação adjunta se daria no mês de novembro. Definido  
1378 esse ponto, a mesa abriu a palavra para definir a ordem de votação. O Plenário decidiu votar as  
1379 coordenações na seguinte ordem: CONEP; CIRH; CIEPCSS; CICT; CISS; e CISP. Sendo assim,  
1380 colocou em apreciação os nomes dos candidatos à coordenação da CONEP. 1) conselheiro **Aníbal**  
1381 **Gil Lopes**; 2) conselheiro **Nelson A. Mussolini**; e 3) conselheiro **Jorge Alves A. Venâncio**.  
1382 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** registrou que não sustentava a indicação do conselheiro Aníbal Gil  
1383 Lopes, porque se trata de uma indicação da CONEP e a Comissão não teve a oportunidade de  
1384 defender a sua indicação. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** registrou que somente o  
1385 conselheiro Aníbal Gil Lopes tinha o direito de retirar a sua candidatura. Conselheira **Maria do**  
1386 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que, em novembro, a CONEP realizaria processo  
1387 interno para indicação de nomes e, naquele momento, seria definida a coordenação que competia ao  
1388 Pleno definir. Feitos esses esclarecimentos, a mesa deu continuidade ao processo de votação dos  
1389 nomes indicados para coordenar a CONEP, que teve o seguinte resultado: 1) conselheiro **Aníbal Gil**  
1390 **Lopes** – 15 votos; 2) conselheiro **Nelson Mussolini** – 1 voto; e 3) conselheiro **Jorge Alves Venâncio**  
1391 – 25 votos. Duas abstenções. **Deliberação: diante desse resultado, o Plenário aprovou o nome do**  
1392 **conselheiro Jorge Alves Venâncio para coordenar a CONEP.** A seguir, a mesa passou à definição  
1393 da coordenação da CIRH, explicando que havia duas candidatas à coordenadora - conselheira **Ivone**  
1394 **Evangelista Cabral e Eliane Aparecida da Cruz** – e nenhum candidato à coordenação adjunta. Em  
1395 nome do consenso, conselheira **Júlia Maria Roland**, em nome do MS, retirou a candidatura da  
1396 conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** à coordenação e pleiteou a adjunta. **Deliberação: aprovada,**  
1397 **por consenso, a coordenação da CIRH: Coordenadora: Ivone Evangelista Cabral. Coordenadora**

1398 **adjunta: Eliane Aparecida da Cruz.** Seguinte, a mesa passou à definição da coordenação da  
1399 CIEPCSS. Candidatos: 1) coordenação: conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** e conselheira  
1400 **Maria do Socorro de Souza**; e 2) coordenação adjunta: conselheiro **Eni Carajá Filho**. Conselheira  
1401 **Eurídice Ferreira de Almeida** disse que a FASUBRA mantinha o pleito para coordenar a CIEPCSS.  
1402 Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** registrou que o CONASEMS retirou a candidatura em favor  
1403 dos usuários. Feitas essas considerações, a mesa colocou em votação as candidaturas para  
1404 coordenação da CIEPCSS: 1) Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida – 21 votos**; 2) Maria do  
1405 Socorro de Souza – 20 votos. Nenhuma abstenção. **Deliberação: aprovada a indicação da**  
1406 **Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida para coordenar a CIEPCSS. Havendo apenas um**  
1407 **candidato, o Plenário aprovou, por consenso, o nome do conselheiro Eni Carajá Filho para a**  
1408 **coordenação adjunta.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que a  
1409 CONTAG pleiteou a coordenação por entender que os usuários devem protagonizar o debate sobre  
1410 educação permanente e a essa política precisa ganhar força. Nessa linha, disse que promoveria  
1411 diálogo com o conselheiro Eni Carajá Filho sobre a coordenação adjunta. Conselheira **Ubiraci**  
1412 **Matildes de Jesus** propôs que o Plenário mantivesse a Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** na  
1413 coordenação e indicasse a Conselheira Maria do Socorro de Souza para a coordenação adjunta, por  
1414 conta da votação expressiva. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** interveio para lembrar que,  
1415 nas demais comissões, o Plenário decidiu aprovar o nome onde havia apenas um pleito, portanto, não  
1416 seria coerente modificar a regra naquele momento. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou  
1417 que entrara em contato com o Presidente do MORHAN que autorizou a retirada do nome do  
1418 conselheiro Eni Carajá para coordenação adjunta da CIEPCSS. Todavia, conforme decisão anterior, o  
1419 Plenário decidiu que somente o conselheiro Eni Carajá Filho poderia retirar a sua candidatura.  
1420 **Seguindo esse entendimento, o Plenário decidiu manter a aprovação do nome do conselheiro**  
1421 **Eni Carajá Filho para a coordenação adjunta da CIEPCSS.** Na sequência, o Pleno passou à  
1422 definição da coordenação da CICT. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** registrou que a FARBRA  
1423 retirou o pleito da coordenação ajunta em favor da ABRATO. Portanto, havia consenso na  
1424 coordenação e na coordenação adjunta da CICT. **Deliberação: o Plenário aprovou, por consenso,**  
1425 **a indicação do conselheiro Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza para coordenação e o**  
1426 **conselheiro José Naum de Mesquita Chagas para coordenação adjunta.** Após, a mesa procedeu  
1427 à definição da coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS. As candidaturas  
1428 foram as seguintes: Coordenação: conselheira **Ana Maria Costa**. Coordenação adjunta: conselheiro  
1429 **Luiz Alberto Catanoce**; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**. **Havendo apenas uma**  
1430 **candidata à coordenação da CISS, o Plenário aprovou o nome da conselheira Ana Maria Costa.**  
1431 A seguir, a mesa colocou em votação as duas candidaturas à coordenação adjunta da CISS: 1) **Luiz**  
1432 **Alberto Catanoce – 19 votos.** 2) **Fernanda Lou Sans Magano – 20 votos.** Uma abstenção. **Diante**  
1433 **desse resultado, a mesa declarou eleita a conselheira Fernanda Lou Sans Magano para**  
1434 **coordenação ajunta da CISS.** Na sequência, iniciou-se a definição da coordenação da CISP. As  
1435 candidaturas foram: Coordenação: conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**. Coordenação adjunta:  
1436 conselheira **Astrit Rehbein Siqueira**. A ABRATO retirou a sua candidatura em favor da FENASP.  
1437 **Deliberação: aprovada, por consenso, os seguintes nomes para coordenar a CISP:**  
1438 **Coordenação: conselheiro Carlos Eduardo Ferrari. Coordenação adjunta: conselheira Astrit**  
1439 **Rehbein Siqueira. Com esse encaminhamento, a mesa encerrou a discussão das coordenações**  
1440 **das comissões e lembrou que o Plenário deveria definir, posteriormente, a data do seminário**  
1441 **sobre ética em pesquisa.** Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** agradeceu a deferência para  
1442 coordenar a CIEPCSS e registrou que a Comissão trabalharia junto com a CONTAG e outras  
1443 entidades. **Sobre a composição das comissões, acordou-se que seria definida na próxima**  
1444 **reunião do CNS e os coordenadores das comissões auxiliariam no processo de construção de**  
1445 **acordos a respeito.** Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião.  
1446 Reiniciando, a mesa foi assim composta para a retomada do debate sobre saúde indígena: Professora  
1447 **Luciane Ouriques**; Professora **Carla Costa Teixeira**, Associação Brasileira de Antropologia – ABA;  
1448 **Paulo Daniel da Silva Moraes**, Representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI/CISI;  
1449 conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; conselheiro **Antônio Alves de Souza**,  
1450 Secretário Especial da Secretaria de Saúde Indígena – SESAI/MS. **Coordenação:** conselheiro  
1451 **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Coordenador da CISI/CNS. De imediato, a mesa abriu a palavra aos  
1452 inscritos. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** lembrou que,  
1453 durante a Conferência de Saúde da Mulher, as mulheres indígenas participantes colocaram a  
1454 preocupação com o controle dos homens sobre o corpo da mulher indígena e o fato de as mulheres  
1455 serem vistas como inferiores. Desse modo, sugeriu que na bandeira de luta dos povos indígena fosse  
1456 incluída a busca pela igualdade entre homens e mulheres indígenas, porque essa igualdade ainda não  
1457 era uma realidade. Disse ainda que levantamentos do INCA mostraram que a primeira causa de morte  
1458 de mulher no Brasil é o câncer de mama e a segunda o câncer de colo de útero e os maiores índices



1459 estão nas regiões Norte e Nordeste do país, áreas com grande concentração de povos indígenas.  
1460 Desse modo, informou que fora realizado encontro com mulheres da região Norte e Nordeste, que  
1461 contou com a participação de mulheres indígenas e verificou-se aumento de casos de câncer de  
1462 mama e de colo de útero entre essa população, levando a óbitos por falta de atendimento. Diante  
1463 dessas questões, solicitou que a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena contasse com uma mesa  
1464 para debater a saúde da mulher indígena. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** destacou que os  
1465 problemas indígenas eram os mesmos de 20 anos atrás – falta de demarcação da terra, de atenção à  
1466 saúde, de medicamentos, de transporte – e frisou que o investimento de R\$ 920 milhões era  
1467 insuficiente para responder às demandas. Também salientou que é preciso preparar os profissionais  
1468 de saúde responsáveis pelo atendimento dos povos indígenas para respeitar a cultura e os saberes  
1469 dos povos indígenas no cuidado a essa população. No mais, avaliou que é preciso definir uma  
1470 estratégia de atração e fixação de médicos nas aldeias, para melhorar a qualidade da saúde indígena,  
1471 sem interferir na cultura. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** manifestou orgulho com a  
1472 capacidade política de articulação dos povos indígenas e frisou que a população indígena, assim  
1473 como a população negra, precisava retomar o poder de fala dos seus problemas e ser empoderada.  
1474 Ressaltou que negros e índios tinham condições de serem protagonistas de suas próprias histórias.  
1475 Também avaliou que é preciso preparar os indígenas para que possam formar-se profissionais de  
1476 saúde porque somente eles conhecem a história, a cultura e os costumes. Conselheira **Ivone**  
1477 **Evangelista Cabral** começou identificando duas grandes lacunas na atenção indígena, que precisam  
1478 ser resolvidas: falta de estrutura para garantir o funcionamento dos serviços de saúde indígena e falta  
1479 de recursos materiais e humanos nos locais onde há estrutura. Salientou como vital a definição de  
1480 uma política para fixar profissionais na saúde indígena, priorizando profissionais da etnia indígena e,  
1481 como alternativa, propôs a definição de ações afirmativas para o acesso dos indígenas à formação de  
1482 ensino superior, especialmente na saúde. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**  
1483 manifestou a sua satisfação em participar da preparação da 5ª Conferência Nacional de Saúde  
1484 Indígena e incentivou os conselheiros a participar, de forma qualificada, das conferências distritais  
1485 indígenas. Também disse que é preciso pautar debate sobre a falta ou não de profissionais médicos  
1486 no país, a fim de definir uma posição do CNS a respeito. Por fim, destacou que seria necessário  
1487 debater a proposta de recomendação, porque o texto estava longo e apresentava questões que  
1488 precisam ser debatidas com maior profundidade. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** informou que foram  
1489 disponibilizadas aos conselheiros as minutas de recomendação e moção elaboradas, conforme  
1490 orientação do Plenário. Além disso, solicitou à assessoria técnica que fossem disponibilizadas as três  
1491 recomendações elaboradas pela CISI e aprovadas na última reunião do CNS, porque  
1492 complementavam o debate. Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte** solicitou o apoio do CNS para  
1493 modificar a situação da saúde indígena e frisou que os direitos indígenas estavam sendo  
1494 desrespeitados. Salientou, por exemplo, que a demarcação de terras indígenas estava sendo debatida  
1495 por ministérios sem articulação com o tema, esvaziando o papel da FUNAI. Conselheira **Maria do**  
1496 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, começou salientando que era impossível debater o tema sem  
1497 considerar a questão étnica e agrária. Destacou que eram necessárias políticas de governo capazes  
1498 de responder as necessidades sociais dos povos indígenas para não centralizar na SESAI um  
1499 conjunto de expectativas que não seriam respondidas apenas pela Secretaria. Salientou ainda que era  
1500 preciso definir um modelo de atenção diferenciada para assegurar atenção diferenciada aos povos  
1501 indígenas. Ressaltou que medicamentos, cirurgias e procedimentos de alta e média complexidade  
1502 eram necessidades dos povos indígenas, mas não deviam ser a prioridade das reivindicações, sendo  
1503 necessário priorizar o saber tradicional e outros valores culturais indígenas. Também propôs que a  
1504 CISI e a 5ª CNSI aprofunde o debate sobre o processo histórico da saúde indígena (Fundação  
1505 CESPE, FUNASA, SESAI), marcos legais, concepção e desafios (modelo que dê resposta à saúde  
1506 indígena). Conselheira **Marisa Furia Silva** também propôs que na 5ª CNSI fosse incluída uma mesa  
1507 para tratar da pessoa indígena com deficiência, de modo a definir como o SUS contribuirá para  
1508 assegurar o atendimento das pessoas com deficiência que vivem nas aldeias. Conselheiro **Willen Heil**  
1509 **e Silva** salientou que era preciso identificar as necessidades dos povos indígenas para o atendimento  
1510 e salientou que, ao invés de garantir à população indígena o que pescar e o que caçar, eram  
1511 oferecidas cestas básicas, com inserção de sal e gordura, causando problemas de saúde “dos  
1512 brancos”. Além disso, ao invés de valorizar a cura dos povos indígenas pela natureza, eram oferecidas  
1513 “drogas” dos brancos; e, por conta da invasão, os povos indígenas se adaptaram com realização de  
1514 trabalhos manuais (artesanato) causando doenças ocupacionais. Diante dessas questões, perguntou  
1515 se essas ações significam cuidado ou invasão do **espaço dos povos indígenas**. Conselheira  
1516 **Verônica Lourenço da Silva interveio para** apresentar as seguintes propostas: assegurar maior  
1517 aproximação do CNS com os CONDISIS; incentivar e fortalecer a articulação dos CONDISIS com os  
1518 conselhos municipais e estaduais de saúde; e contemplar as questões indígenas nas pautas do CNS  
1519 e das comissões. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo** propôs que fosse aberta a palavra para as

1520 lideranças indígenas presentes. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
1521 esclareceu que no dia anterior o Plenário ouviu as lideranças indígenas para levantar subsídios à  
1522 preparação da Conferência e, naquele momento, seria necessário ouvir os conselheiros e apreciar os  
1523 documentos redigidos. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo** explicou que havia uma série de questões  
1524 previdenciárias envolvendo as causas indígenas e não dispunha de nenhuma proposta para levar ao  
1525 INSS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou qual era o contingente de indígenas com  
1526 graduação superior e técnica em saúde e o que vinha sendo feito para incentivar a contratação de  
1527 trabalhadores indígenas de saúde. Também concordou que era preciso dialogar com a área da  
1528 assistência social, da previdência, do trabalho sobre os direitos dos povos indígenas e quis saber se  
1529 os indígenas teriam direitos aos benefícios da previdência. Saudou os expositores pela riqueza das  
1530 falas e cumprimentou as lideranças indígenas presentes e salientou que o desafio da atual gestão do  
1531 CNS é acabar com o óbito de crianças indígenas. **Retorno da mesa.** O representante do CIMI na  
1532 CISI, **Paulo Daniel da Silva Moraes**, destacou a riqueza do debate e salientou a unidade do  
1533 movimento indígena pela afirmação de direitos em todas as áreas - direito à terra, à alimentação, ao  
1534 desenvolvimento sustentável, à saúde. Disse que o movimento de mulheres indígenas vem crescendo  
1535 no país e hoje há organizações de mulheres indígenas em várias regiões. Destacou que o Subsistema  
1536 de Saúde Indígena é parte integrante do SUS e segue as mesmas diretrizes do Sistema Único e  
1537 assegurar atenção diferenciada é garantir a diversidade cultural do país. Disse que a autonomia era  
1538 uma questão contemplada na CF/88 e na reforma sanitária e significava garantir aos povos indígenas  
1539 o poder de decisão e o protagonismo. Ressaltou ainda que eram necessárias ações de governo para  
1540 inserção dos profissionais indígenas no Sistema e defendeu a priorização da formação do agente  
1541 indígena de saúde pela proximidade com a população local. Professora **Luciane Ouriques** destacou a  
1542 questão da saúde da mulher indígena e salientou que é preciso buscar as recomendações já  
1543 aprovadas para avançar nesse aspecto. Disse que é preciso definir um modelo de atenção à saúde  
1544 materno infantil de modo a garantir uma gestação e um parto seguro para as mulheres indígenas.  
1545 Salientou que era preciso identificar quem eram as cuidadoras locais das mulheres e articular com  
1546 elas um modelo de atenção à saúde materno-infantil pautado em evento sentinela, por exemplo.  
1547 Também salientou que gargalos na alta e a média complexidade significavam funcionamento  
1548 inadequado da atenção básica, sendo necessário, investir em promoção e prevenção e não apenas  
1549 em medidas curativas. Disse que a intersetorialidade era fundamental para pensar a integralidade da  
1550 atenção à saúde dos povos indígenas. Salientou ainda que era necessário debater a ética de atuação  
1551 nas aldeias e comunidades indígenas e compreender como as comunidades vivenciavam problemas  
1552 de saúde como alcoolismo, violência, para construir mecanismos de enfrentamento dessas situações.  
1553 Por fim, disse que fazer saúde significa restituir a capacidade de reconstruir a sua própria realidade.  
1554 Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SESAI, manifestou sua satisfação com o debate  
1555 da saúde indígena no CNS e no âmbito do Ministério da Saúde a partir da criação da SESAI. Também  
1556 destacou que o CNS deveria manifestar-se sobre o PL, em tramitação no Senado Federal, que  
1557 autoriza a fusão da SESAI e da FUNAI, criando uma Secretaria Especial com status de ministério e  
1558 retirando do âmbito do SUS a discussão da saúde indígena. Em relação aos pontos destacados na  
1559 discussão, concordou que a autonomia dos DSEI era importante e precisava ser fortalecida, mas não  
1560 significando a configuração de espaços sem interlocução com o gestor. Também disse que era  
1561 preciso fortalecer o controle social para executar o papel de fiscalizador e fez um destaque ao controle  
1562 social indígena pela organização e pelo caráter ativo, apesar de ainda não ser o ideal. Sobre a  
1563 formação dos profissionais, disse que a SESAI defendia a atuação de profissionais indígenas na  
1564 saúde, mas outros segmentos defendiam o concurso público, com regra de entrada universal.  
1565 Salientou que a Secretaria precisava trabalhar com essa contradição e, de acordo com decisão  
1566 judicial, o MS deveria realizar concurso para contratação de profissionais antes da Conferência e  
1567 havia sido vetada a proposta de criar cotas para indígenas. Assim, perguntou como garantir o ingresso  
1568 de profissionais indígenas. Destacou que uma das tarefas do conselheiro nacional de saúde é  
1569 conhecer a realidade das populações indígenas dos seus estados e salientou que é preciso fazer com  
1570 que o gestor municipal compreenda que saúde indígena é parte do SUS. Disse que a situação ainda  
1571 não é a desejável, mas houve melhorias e a tendência é obter outros avanços. Por fim, disse que o  
1572 Plenário e as comissões do CNS deveriam debater saúde indígena, especialmente a CONEP, por  
1573 conta das várias pesquisas que utilizam esses povos como cobaias. Professora **Carla Costa Teixeira**,  
1574 da ABA, disse que a sua intenção foi, por meio de levantamento de dados históricos, mostrar como o  
1575 protagonismo indígena se colocava. Disse que a ABA é uma aliada da luta do movimento indígena e  
1576 não uma protagonista desse movimento. Ressaltou que nos seminários regionais foram apresentadas  
1577 demandas de apoio para o controle social na base. Também salientou que é preciso fazer um  
1578 levantamento sobre a situação do exercício do controle social no país e fortalecer esses espaços, no  
1579 que for necessário. Após essas considerações da mesa, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** fez a leitura  
1580 da moção de repúdio, elaborada a partir do debate sobre a saúde indígena. O texto é o seguinte: "O

1581 CNS, considerando que os conflitos que ocorrem no Mato Grosso do Sul e envolvem a etnia Terena  
1582 produziram morte na reintegração de posse de uma fazenda e dezenas de feridos; e considerando  
1583 que esta situação no Mato Grosso do Sul representa uma guerra na qual os indígenas são  
1584 assassinados pelas poderosas forças do agronegócio, com a concordância da justiça ao permitir a  
1585 reintegração de posse violenta da terra sem permitir que os indígenas pudessem se defender.  
1586 Manifesta publicamente repúdio aos fatos ocorridos com a população indígena do Mato Grosso do  
1587 Sul, em especial ao assassinato de Oziel Gabriel, 35, pai de dois filhos, na manhã de quinta-feira, 30  
1588 de maio de 2013, em Sidrolândia (67 km de Campo Grande, MS), e solicita do Governo Federal tome  
1589 todas as providências necessárias sejam tomadas para proteger a população Terena das ameaças  
1590 deste conflito, e para punir os responsáveis pelo massacre da população indígena no Mato Grosso do  
1591 Sul". Após a leitura do texto, foi aberta a palavra aos conselheiros e às lideranças indígenas presentes  
1592 para sugestões ao texto. Nessa rodada, foram apresentadas as seguintes sugestões: após aprovação,  
1593 encaminhar a moção ao Legislativo e ao Judiciário; incluir, no primeiro parágrafo da minuta, o local  
1594 onde o conflito ocorreu e incluir "generalização dos conflitos no país", substituir "guerra" por  
1595 "agravamento do conflito por terras no qual", substituir "com a concordância da justiça ao permitir a  
1596 reintegração de posse" por "com o aval da justiça (incluir em que instância, sem generalizar) ao  
1597 autorizar a reintegração"; e incluir no texto a preocupação com o agravamento da situação de  
1598 violência nas demais áreas indígenas do país. **Deliberação: a moção foi aprovada, por**  
1599 **unanimidade, com os acréscimos feitos. O texto final é o seguinte: "Considerando que os**  
1600 **conflitos que ocorrem no Mato Grosso do Sul e envolvem a etnia Terena produziram morte na**  
1601 **reintegração de posse da fazenda Buriti, em Sidrolândia, (67 km de Campo Grande, MS), e**  
1602 **dezenas de feridos; considerando que esta situação no Mato Grosso do Sul representa um**  
1603 **agravamento na qual os indígenas são assassinados pelas poderosas forças do agronegócio,**  
1604 **com concordância com algumas instâncias da Justiça ao permitir a reintegração de posse**  
1605 **violenta da terra sem permitir que os indígenas pudessem se defender. O CNS manifesta**  
1606 **publicamente repúdio aos fatos ocorridos com a população indígena do Mato Grosso do Sul,**  
1607 **em especial ao assassinato de Oziel Gabriel, 35 anos, e pai de dois filhos, na manhã de quinta-**  
1608 **feira, 30 de maio de 2013 em Sidrolândia e solicita do Governo Federal, Conselho Nacional de**  
1609 **Justiça, Comissão de Direitos Humanos da Câmara e do Senado, que tome todas as**  
1610 **providências necessárias para proteger a população Terena das ameaças deste conflito, e para**  
1611 **punir os responsáveis pelo massacre da população indígena no Mato Grosso do Sul; e**  
1612 **manifesta extrema preocupação com o agravamento da situação de violência nas demais áreas**  
1613 **indígenas do país."** A respeito da recomendação, conselheiro Clóvis Bouffleur explicou que foi  
1614 elaborado um texto com base no debate do dia anterior e seria necessário prazo maior para melhorar  
1615 a redação e torná-lo mais sucinto. Sendo assim, sugeriu apreciar o texto na próxima reunião,  
1616 possibilitando, inclusive, o envio de novas sugestões. **Deliberação: o Plenário decidiu votar a**  
1617 **minuta de recomendação, resultado da mesa redonda sobre saúde indígena, na próxima**  
1618 **reunião do CNS.** Se possível, o texto seria submetido à apreciação dos participantes do seminário de  
1619 saúde indígena para receber contribuições e os conselheiros interessados deveriam enviar sugestões.  
1620 A intenção é que o documento sirva de orientação para os debates nas conferências distritais de  
1621 saúde indígena. Por solicitação, as lideranças indígenas serão convidadas a participar do momento da  
1622 votação da recomendação. Definido esse ponto, conselheiro **Edmundo Omore** agradeceu os  
1623 convidados e encerrou o debate desse item. A seguir, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
1624 retomou o debate dos itens pendentes do primeiro dia de reunião que necessitavam de deliberação do  
1625 Plenário. Em relação ao item 3 da pauta, lembrou que foram apontados quatro encaminhamentos. O  
1626 primeiro deles, aprovado pelo Plenário, foi delegar à CIRH/CNS a tarefa de definir uma proposta de  
1627 política de gestão do trabalho com dois focos: relações e regulação do trabalho. Além dessa definição,  
1628 disse que o Plenário deveria deliberar sobre: moção relativa à vinda de médicos estrangeiros para  
1629 atuar na atenção básica; moção contra o PL nº 4.330/2004, em tramitação final na Câmara dos  
1630 Deputados; e moção sobre o PL que trata da assistência farmacêutica, em tramitação no Congresso  
1631 Nacional. Primeiro, fez a leitura da minuta de moção, resultado do debate sobre a vinda de médicos  
1632 estrangeiros para atuar na atenção básica: "Considerando o direito dos cidadãos brasileiros usuários  
1633 do SUS à integralidade da atenção à saúde, incluída nesta atenção a assistência médica;  
1634 considerando o descompasso entre a demanda de profissionais de Medicina com a capacidade  
1635 atualmente instalada das universidades brasileiras para formação desses, bem como a hegemonia da  
1636 orientação da formação para o mercado; considerando a necessidade da definição de uma política  
1637 nacional de gestão do trabalho para o SUS, discutida e aprovada pelo CNS; considerando a iniciativa  
1638 do governo federal de atrair profissionais médicos estrangeiros, o CNS resolve aprovar moção de  
1639 apoio à vinda de médicos estrangeiros para atuar na atenção básica em área carente com os  
1640 condicionantes da garantia da qualidade da formação desses profissionais e contratação por tempo  
1641 determinado". Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** explicou que não se manifestaria sobre os

1642 considerando porque possuía posições divergentes a algumas das questões apresentadas.  
1643 Registrou que o Conselho Federal de Medicina e as entidades médicas concordam com a vinda de  
1644 médicos estrangeiros, desde que aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos  
1645 – REVALIDA. Contudo, durante o debate no FENTAS, disse que foi levantada dúvida se o REVALIDA  
1646 era um instrumento eficaz para essa revalidação e, como resultado, chegou-se a consenso sobre a  
1647 exigência da revalidação, de modo a assegurar a qualidade da formação, sem citar o REVALIDA. No  
1648 seu modo de ver, a moção não explicitava com clareza o consenso sobre a defesa da revalidação, e  
1649 solicitou que essa questão fosse expressa no texto. Conselheira **Ana Maria Costa** propôs que a  
1650 moção considerasse o debate do dia anterior, explicitando que, a despeito da urgência das  
1651 contratações de profissionais médicos, o Ministério da Saúde deveria avançar na definição de políticas  
1652 efetivas de interiorização (serviço civil, plano de cargos) para resolver de forma definitiva a lacuna de  
1653 falta de médicos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** sugeriu não utilizar a expressão “carente”  
1654 lembrando que se tratam de populações vulneráveis como aqueles que vivem em locais de difícil  
1655 acesso. Conselheiro **Cid Roberto Bertozzo Pimentel** disse que não se sentia em condições para  
1656 deliberar sobre a minuta naquele momento. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** avaliou  
1657 que o CNS, assim como CONASS e CONASEMS, deveria manifestar-se sobre a proposta de  
1658 contratação de médicos estrangeiros, o que não impedia a definição de ações de médio e longo  
1659 prazo. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** explicou que a posição do CONASEMS sobre a  
1660 necessidade de ação urgente para garantir a ida de profissionais médicos para os municípios fora  
1661 referendada no Congresso das Secretarias Municipais de Saúde das Regiões Norte e Nordeste.  
1662 Diante das colocações, conselheiro **Clóvis A. Boufleur** apresentou a seguinte proposta alternativa de  
1663 texto para a moção: 1) O CNS manifesta apoio à contratação emergencial de médicos estrangeiros,  
1664 observados critérios de qualidade para atuarem em regiões do Brasil com pessoas sem acesso aos  
1665 serviços médicos. 2) que se estabeleçam procedimentos para promover o serviço médico de  
1666 brasileiros nessas regiões. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** manifestou apoio à proposta e  
1667 sugeriu incluir “em nosso país” após “garantia de qualidade. Além dessa, foram apresentadas as  
1668 seguintes sugestões: nos considerandos, incluir o serviço civil como uma das alternativas para  
1669 resolver a demanda de profissionais médicos; incluir que o CNS recomenda ao MS a continuidade da  
1670 busca de medidas para fixação de profissionais médicos nas áreas de difícil acesso e remotas;  
1671 reforçar o compromisso do controle social no acompanhamento da práxis dos profissionais; não  
1672 restringir as medidas de fixação aos profissionais médicos, ampliando para todos os profissionais de  
1673 saúde. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** destacou que as entidades médicas reconheciam a  
1674 necessidade de garantir profissionais médicos para áreas de difícil acesso e remotas e, nesse sentido,  
1675 essas entidades sugeriam estimular os médicos formados no Brasil para trabalhar nesses locais  
1676 (Programa de Interiorização dos Médicos Brasileiros). Disse que essa proposta foi apresentada ao  
1677 Ministro da Saúde e foi constituído GT para debatê-la. Sendo assim, sugeriu que o CNS incorpore  
1678 essa proposição como uma das alternativas para resolver a situação de forma sustentável.  
1679 Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** concordou e elogiou a notadas entidades e  
1680 destacou que a preocupação se referia ao REVALIDA. **Diante dessas sugestões, conselheiro**  
1681 **Clóvis Boufleur** **apresentou a seguinte sugestão de texto para a moção, que foi aprovada, por**  
1682 **unanimidade: 1) O CNS manifesta apoio à contratação emergencial de médicos estrangeiros,**  
1683 **observados critérios de qualidade efetivados no Brasil e a participação do Controle Social, para**  
1684 **atuarem em regiões do Brasil com pessoas sem acesso aos serviços médicos. 2) Recomenda**  
1685 **que se estabeleçam procedimentos para promover o serviço médico de brasileiros e de outros**  
1686 **profissionais de saúde, nestas regiões do país.** A seguir, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
1687 fez a leitura da minuta contra o aprovação do PL nº 4.330/2004. No documento, o CNS, referendado  
1688 nas consequências negativas das terceirizações na área da saúde, vem a público manifestar-se contra  
1689 o processo de regulamentação das terceirizações contido no PL nº 4.330/2004, que tramita em fase  
1690 final na Comissão de Constitucional e Justiça da Câmara dos Deputados, que legaliza as  
1691 terceirizações de atividades fins no setor público e privado. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**  
1692 manifestou preocupação com a minuta, porque prejudicaria a definição de convênios com ONGs para  
1693 atuar na saúde indígena e assegurar a oferta de serviços. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
1694 explicou que o PL refere-se às terceirizações que ocorrem na relação capital/trabalho no Brasil e às  
1695 exceções, como a saúde indígena, seriam permitidas contratações diferenciadas. Também disse que  
1696 a marcha das centrais sindicais apresentou ao governo federal um conjunto de dez pontos para  
1697 negociar a pauta dos trabalhadores e desses foi apontada como possibilidade de acordo impedir o  
1698 processo de terceirização que significa precarização. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** avaliou  
1699 que o Plenário deveria conhecer e aprofundar o debate do PL nº 4.330/2004 no CNS antes de aprovar  
1700 documento a respeito. **Após ponderações, o Plenário decidiu remeter o PL nº 4.330/2004, que**  
1701 **legaliza as terceirizações, para debate na próxima reunião da Mesa Diretora do CNS e retomar o**  
1702 **tema na próxima reunião do CNS, considerando a minuta de moção contra o PL nº 4.330/2004.**

1703 Na mesma linha de encaminhamento, o Plenário decidiu remeter para debate na Mesa Diretora  
1704 do CNS e retomar na próxima reunião do CNS a minuta que recomenda à aprovação do PL n.  
1705 4135, que dispõe sobre a assistência de técnico responsável na assistência farmacêutica  
1706 realizada no âmbito do SUS. A seguir, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou a  
1707 minuta de recomendação sobre Plano Nacional de Saneamento Básico, com o seguinte teor: **a)**  
1708 estabelecer no PLANSAB procedimentos para ampliar o percentual de execução das obras do PAC  
1709 saneamento 1 e 2; **b)** promover diálogo com os municípios para implementar as diretrizes e metas do  
1710 PLANSAB; **c)** definir plano estratégico com foco no aumento imediato da coleta e tratamento  
1711 adequado do esgoto, e no combate ao desperdício de água tratada por vazamentos e ligações  
1712 irregulares nas cidades; **d)** estabelecer uma estratégia de coleta de resíduos sólidos em favelas e  
1713 áreas habitadas de difícil acesso, com envolvimento da população para coletar este resíduo mediante  
1714 programas de compensação da participação da população (troca de resíduos por alimento, por  
1715 exemplo); **e)** promover um programa de educação ambiental e gestão comunitária para prevenir o  
1716 lançamento de esgoto e lixo no ambiente, e uso inadequado da água; e **f)** ao Conselho das Cidades,  
1717 ao Ministro das Cidades e à Presidência da República - a aprovação do Plano Nacional de  
1718 Saneamento Básico – PLANSAB. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação**  
1719 **sobre o PLANSAB. APROVAÇÃO DA ATA 245ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:**  
1720 **aprovada, por unanimidade, a ata da 245ª com os acréscimos da conselheira Ivone Evangelista**  
1721 **Cabral e da conselheira Maria Laura Bicca. ITEM 6 – ENCAMINHAMENTOS DA CIRH E DA**  
1722 **COFIN - Apresentação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS.  
1723 **ENCAMINHAMENTOS DA COFIN - Deliberação: aprovada a mudança da representação da**  
1724 **COFIN no SIOPS: conselheiro Marcos Vinicius Soares até a recomposição da composição.**  
1725 **ENCAMINHAMENTOS DA CIRH – Composição da mesa:** professora **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da  
1726 CIRH; conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH. **Coordenação:** conselheira  
1727 **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a professora **Ruth Ribeiro**  
1728 **Bittencourt** submeteu à apreciação do Plenário os seguintes pareceres elaborados pela CIRH: 1)  
1729 **Referência:** Processo nº 201106786. **Interessado:** Faculdade de Ciências Humanas de Olinda.  
1730 **Curso:** Renovação de reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 2) **Referência:**  
1731 **Processo nº 201012602. Interessado:** Centro Universitário Euro-Americano. **Curso:** Autorização do  
1732 curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 3) **Referência:** Processo nº 201201705. **Interessado:**  
1733 **Faculdades Integradas de Três Lagoas. Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer:  
1734 insatisfatório. 4) **Referência:** Processo nº 201204728. **Interessado:** Faculdade de Ciências Médicas  
1735 de Minas Gerais. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5)  
1736 **Referência:** Processo nº 201102747. **Interessado:** Instituto Esperança de Ensino Superior. **Curso:**  
1737 **Autorização do curso de Odontologia. Parecer: insatisfatório. Deliberação: aprovados os cinco**  
1738 **pareceres, elaborados pela CIRH.** A seguir, a professora apresentou o relatório da visita técnica do  
1739 GT do CNS, realizada nos dias 14 e 15 de maio de 2013, à Faculdade Metropolitana da Amazônia -  
1740 FAMAZ para fins de análise do processo de autorização para abertura do curso de Medicina da  
1741 FAMAZ (Faculdade da Amazônia). Disse que o GT, para o cumprimento das atividades designadas  
1742 pelo CNS e para proceder à avaliação, definiu como proposta de trabalho as seguintes atividades:  
1743 reunião com os gestores do sistema de saúde local (estadual e municipal), com a representação dos  
1744 conselhos estadual e municipal de saúde, reunião com dirigentes da IES, visita às instalações da  
1745 faculdade, ao laboratório, à biblioteca e à rede de atenção proposta como cenário de prática para a  
1746 formação dos estudantes. Explicou que no Estado do Pará existem três instituições de ensino superior  
1747 (2 públicas-UFPA e UEPA - e 1 privada-CESUPA), localizadas em Belém, que, de acordo com os  
1748 dados do Sistema e-MEC, disponibilizam quatro cursos de Medicina, ofertando 370 vagas ao ano. O  
1749 município de Santarém, com distância de 1.369 km da capital, possui um campus da instituição de  
1750 ensino superior pública estadual, que oferece, atualmente, um curso de Medicina com 20 vagas  
1751 anuais. As demais vagas (350) são disponibilizadas pelas instituições de ensino situadas no município  
1752 de Belém. Além disso, destacou que o curso de Medicina da UFPA oferta um total anual de 150  
1753 vagas, com carga horária de 9.200 horas, a ser cumprida em 12 semestres letivos, a UEPA oferece  
1754 100 vagas, com carga horária de 8.810 horas, a ser cumprida em 12 semestres letivos, Santarém que  
1755 iniciou em 15/02/2006, oferta 20 vagas, carga horária de 8.400 horas, a ser cumprida em 6 anos e, a  
1756 CESUPA oferta um total anual de 100 vagas, no município de Belém, com carga horária de 7.456  
1757 horas, a ser cumprida em 12 semestres letivos. Além disso, salientou que no Relatório de visita in loco  
1758 do INEP a instituição obteve conceito final igual a 4 (quatro) e nas dimensões avaliadas os seguintes  
1759 conceitos: Dimensão 1 – Organização didático-pedagógica = 3,6; Dimensão 2 – Corpo docente e  
1760 tutorial = 4,5; Dimensão 3 – Infraestrutura = 4,1, atendendo o artigo 4º, inciso I – critério estabelecido  
1761 como de admissibilidade do pedido, pela Portaria MEC nº. 2/2013. Dos 33 docentes, 93,94% têm título  
1762 de mestre ou doutor, o regime de trabalho em 63,64% destes é integral, 74,73% têm igual ou mais de  
1763 três anos de magistério e 84,85% tem igual ou mais de cinco anos de profissão de acordo com a

1764 documentação em anexo apresentada a esta comissão na visita realizada. Diante das informações  
1765 apresentadas, disse que a CIRH sugere parecer satisfatório à autorização do curso de Medicina da  
1766 Faculdade Metropolitana da Amazônia, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005 e  
1767 na Portaria Normativa Nº 2/MEC-01/02/2013. Conselheiro **Waldir Araújo Cardoso** destacou a  
1768 importância da visita e fez um destaque à qualificação do corpo docente do curso, o que contribuirá  
1769 para a boa qualidade do ensino. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** cumprimentou a  
1770 CIRH pelo trabalho e elogiou o envio do relatório com antecedência para análise dos conselheiros.  
1771 Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** também saudou a Comissão pela excelência do relatório que  
1772 serviu de referência para outro trabalho. A professora **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a  
1773 Comissão utilizou como subsídios a Resolução CNS Nº. 350/2005, a Portaria Normativa Nº 2/MEC-  
1774 01/02/2013 e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**  
1775 interveio para cumprimentar todos os que contribuíram para a excelência do trabalho da CIRH.  
1776 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou a CIRH pelo trabalho e salientou a importância de  
1777 ampliar a emissão de pareceres para todos os cursos da área da saúde. **Deliberação: aprovado o**  
1778 **relatório de visita a Belém com parecer favorável ao processo de autorização para abertura do**  
1779 **curso de Medicina da FAMAZ (Faculdade da Amazônia).**  
1780 Seguindo, professora **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou que, em 2012, o CNS delegou à CIRH o  
1781 debate do plano de carreira única do SUS e a Comissão realizou duas reuniões ampliadas para tratar  
1782 de política de recursos humanos. Como encaminhamento, o Plenário decidiu constituir um GT,  
1783 composto pela CIRH e por expertises na área, para trabalhar a política, com levantamento de  
1784 trabalhos sobre o tema. Sendo assim, disse que é preciso retomar esse debate no CNS. Na  
1785 sequência, falou sobre a denúncia dos residentes multiprofissionais do Hospital Municipal Odilon  
1786 Behres – HMBO sobre o programa de residência multiprofissional do Hospital Municipal Odilon Behres  
1787 (HMBO), hospital de ensino do município de Belo Horizonte/Minas Gerais, em parceria com a  
1788 Faculdade Novos Horizontes. Detalhou que a denúncia é apresentada segundo três eixos: prático –  
1789 ausência de preceptor, entre outros aspectos; teórico – não há vinculação com a entidade de ensino,  
1790 não há tutor, entre outros; e pesquisa – não há orientação para o TCC. Ressaltou que os  
1791 denunciadores encaminharam a denúncia ao coordenador do programa, à gerência de ensino do  
1792 hospital e à Faculdade e não obtiveram respostas. Portanto, os residentes elaboraram documento que  
1793 foi encaminhado ao fórum de residência multiprofissional de Minas Gerais, Fórum Nacional de  
1794 Residentes, COREMUS, Conselhos Regionais de Profissões e CNS. Lembrou que o tema foi  
1795 apresentado na reunião ordinária do CNS do mês de fevereiro e, na oportunidade, o Plenário decidiu  
1796 enviar o documento ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES e à Comissão  
1797 Nacional de Residência Multiprofissional para manifestação e retorno ao CNS, ao Conselho Municipal  
1798 de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde. Em resposta, o Departamento comprometeu-se a  
1799 realizar visitas; a Comissão Nacional respondeu que consultaria o COREMUS e daria retorno do que  
1800 foi feito; o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte elaborou um texto na forma de perguntas a  
1801 partir das denúncias e encaminharam à superintendência do hospital que respondeu e o material foi  
1802 encaminhado ao CNS; e o Conselho Estadual não respondeu. Registrou o elogio ao trabalho do  
1803 Conselho Municipal e propôs como encaminhamentos: enviar o material ao DEGES e solicitar  
1804 informações sobre a visita e, caso não tenha ocorrido, colocar a CIRH à disposição; encaminhar o  
1805 material à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, perguntando se foram tomadas as  
1806 providências; e enviar ofício ao CMS cumprimentando pelo trabalho. Conselheira **Nelcy Ferreira da**  
1807 **Silva** aproveitou para solicitar maior frequência do representante do MEC nas reuniões do CNS,  
1808 porque, entre outras questões, pode contribuir para agilizar os encaminhamentos. Conselheiro **Carlos**  
1809 **Alberto Duarte** estendeu essa solicitação para a representação dos demais gestores. **Deliberação:**  
1810 **enviar o material produzido pelo Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte ao DEGES,**  
1811 **solicitando manifestação e perguntando se a visita foi realizada (caso não tenha ocorrido,**  
1812 **colocar a CIRH à disposição para participar da visita); encaminhar o documento do CMS**  
1813 **também à Comissão Nacional de Residência perguntando se foram tomadas as providências**  
1814 **definidas anteriormente; e enviar ofício ao CMS/MS parabenizando pela iniciativa de elaboração**  
1815 **do documento encaminhado ao CNS.** Além dessa questão, a integrante da CIRH falou sobre a  
1816 Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, por conta das dificuldades enfrentadas na  
1817 instalação dessa Comissão. Como encaminhamento, disse que a CIRH solicita que o Plenário do CNS  
1818 o envio de ofício ao MS (DEGES) e ao MEC questionando se há concordância com a instalação da  
1819 Comissão de forma “parcial”, ou seja, sem todos os 20 integrantes e cobrando a assinatura da Portaria  
1820 nº1.077. **Deliberação: enviar ofício do CNS ao MS (DEGES) e ao MEC questionando se há**  
1821 **concordância com a instalação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em**  
1822 **Saúde de forma “parcial”, ou seja, sem todos os 20 integrantes e cobrando a assinatura da**  
1823 **Portaria nº1.077. ITEM 7 – INFORMES E INDICAÇÕES – Coordenação: Márcio Florentino Pereira,**  
1824 **Secretário Executivo do CNS. INFORMES – Conselheira Maria Lucia Santos Pereira da Silva**

1825 informou a realização do I seminário internacional sobre população de rua, nos dias 2 e 3 de julho de  
1826 2013. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que foram publicadas diversas notas com críticas ao  
1827 Ministério da Saúde sobre veto a questões que tratam de direitos humanos na saúde. Desse modo,  
1828 solicitou a autorização do CNS para realização de uma reunião conjunta da CIADAIDS e da  
1829 CISPLGBTB para debater essa questão e trazer uma proposta ao CNS. O Secretário Executivo do  
1830 CNS, **Márcio Florentino Pereira**, sugeriu pautar esse tema na próxima reunião da Mesa Diretora do  
1831 CNS antes da reunião das comissões. **Encaminhamento: pautar o tema na próxima reunião da**  
1832 **Mesa Diretora do CNS e, posteriormente, chamar reunião da CIADAIDS e da CISPLGBTB para**  
1833 **tratar do tema.** Além disso, conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou os encaminhamentos da  
1834 reunião do Fórum dos Usuários: garantir o não agendamento de atividades na véspera da reunião do  
1835 Pleno do CNS para viabilizar a reunião dos Fóruns de Usuários e Trabalhadores, não sobrepondo  
1836 agendas; garantir que as passagens dos conselheiros sejam emitidas para manhã da véspera da  
1837 reunião do Pleno; estabelecer que atividades para além das reuniões ordinárias do CNS sejam no dia  
1838 posterior à reunião do Pleno para não sobrepor a agenda de reuniões dos Fóruns; oficializar a  
1839 secretaria executiva do CNS sobre a formalização do Fórum de Usuários, inclusive apontando  
1840 seus/suas coordenadores/as; agendar reunião entre coordenação do Fórum de usuários e a  
1841 Secretaria Executiva do CNS para definir critérios que garantam a emissão de passagens pela manhã  
1842 estabelecendo a participação dos conselheiros na reunião do Fórum (definir um instrumento); dialogar  
1843 sobre a participação da Rosângela Santos, que é suplente, como coordenadora do Fórum na reunião  
1844 desse Fórum; garantir sistematicamente espaço no CNS para reunião do Fórum e construir uma  
1845 resolução do CNS que estabeleça critérios de manutenção do Fórum de Usuários e Trabalhadores.  
1846 Conselheiro **Adriel Lima**, do CES/AC, agradeceu a acolhida do CNS e informou que a vinda ao  
1847 Conselho teve repercussões positivas no Acre. Também informou a realização do II Fórum de  
1848 Controle Social do SUS na Amazônia Legal, de 10 a 12 de julho, no Acre. Conselheira **Eurídice**  
1849 **Ferreira de Almeida** solicitou a socialização das coordenações das comissões aprovadas para  
1850 agilizar os trabalhos das comissões. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**  
1851 **(“Santinha”)** propôs que o CNS recomendasse ao Ministro da Saúde diálogo com senadores e  
1852 deputados sobre o Estatuto do Nascituro, haja vista os questionamentos acerca da proposta e a  
1853 contradição, inclusive, com a Rede Cegonha. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** solicitou pauta  
1854 no CNS para tratar do Programa de Doença Falciforme por conta do número de óbitos em decorrência  
1855 da doença. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que a Mesa Diretora do CNS verificasse a  
1856 possibilidade de manter a reunião da CISPd previamente agendada para os dias 24 e 25 de junho.  
1857 **Encaminhamento: a Mesa Diretora do CNS debaterá e definirá uma proposta de calendário das**  
1858 **atividades do CNS, inclusive das comissões, em função do tempo e disponibilidade de recurso.**  
1859 Conselheiro **Gilson Silva** ressaltou a importância de garantir um espaço na pauta das reuniões do  
1860 CNS para tratar das demandas de cada segmento e solicitou que essa questão seja contemplada no  
1861 documento a ser apresentado à SE/CNS. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que a  
1862 Associação de Centros de Diálise entrou com ação, em 2004, questionando uma parte da resolução  
1863 da ANVISA que trata da oferta de alimentação durante o processo de diálise. Disse que a Associação  
1864 teve ganho de causa e a ANVISA acolheu, retirando a oferta de alimentação dos pacientes durante o  
1865 processo de diálise. Diante disso, o Conselho Federal de Nutrição emitiu parecer técnico contra essa  
1866 medida, uma vez que prejudica o usuário. Ressaltou que a FARBRA solicitará pauta para tratar do  
1867 tema e, na oportunidade, o parecer do CFN será apresentado. Conselheiro **Edmundo Omoro** disse  
1868 que participou da Assembleia dos Povos dos Estados de Goiás e Tocantins, em Palmas/TO, de 20 a  
1869 24 de maio de 2013, que contou com a presença de 400 lideranças. Ressaltou que, durante o evento,  
1870 foram apresentadas, entre outras, as seguintes demandas: saúde de qualidade, saneamento,  
1871 medicação e reclamações acerca da coordenadora do Distrito de Palmas. Destacou, inclusive, a  
1872 presença e a participação efetiva das mulheres indígenas na Assembleia, com destaque para  
1873 movimento solicitando a saída da coordenadora do Distrito. Disse que a solicitação de retirada da  
1874 coordenadora foi encaminhada à SESAI, mas até aquele momento não havia resposta. Conselheira  
1875 **Maria Laura Carvalho Bicca** destacou a importância de definir ações de continuidade para reforçar a  
1876 luta indígena. Além disso, salientou a importância de enviar os informes e os itens que demandam  
1877 indicações com antecedência aos conselheiros ou disponibilizar no site. Também manifestou interesse  
1878 em participar do seminário internacional de população de rua e solicitou esclarecimentos sobre a  
1879 formação do GT de Seguridade e Previdência, aprovado na última reunião do CNS. **INDICAÇÕES – 1)**  
1880 Indicações para o Congresso CONASEMS. Data: 7 a 10 de julho. Centro de Convenções Ulysses  
1881 Guimarães, Brasília/DF. Proposta: indicação de 20 conselheiros para participar do Congresso.  
1882 **Encaminhamento: o Plenário decidiu que o CNS irá custear a participação de 20 conselheiros**  
1883 **(doze usuários e oito trabalhadores). O Fórum de Usuários e o FENTAS deverão enviar os**  
1884 **nomes até o dia 12 de junho de 2013.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reiterou a  
1885 importância da participação dos conselheiros no ato político em defesa da Saúde Pública, dia 10 de

1886 julho, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães - Brasília-DF, durante o Congresso da  
1887 CONASEMS. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, informou que a assessoria técnica  
1888 entraria em contato com os conselheiros para consultar sobre a disposição para participar das  
1889 conferências distritais de saúde indígena. Também lembrou que na última reunião do CNS o Plenário  
1890 aprovou a participação de dois conselheiros por conferência distrital. Conselheira **Eurídice Ferreira**  
1891 **de Almeida** perguntou se os suplentes também participariam das conferências. O Secretário  
1892 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que, a princípio, participariam os titulares e, caso as  
1893 vagas não fossem preenchidas, os suplentes seriam consultados. Conselheira **Eurídice Ferreira de**  
1894 **Almeida** destacou que os suplentes também compõem o CNS e estão aptos a participar de atividades  
1895 representando o Conselho. 2) Indicação de um palestrante para o Painel "Participação Popular em  
1896 Vigilância Sanitária: desafios e perspectivas" no XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais  
1897 de Saúde coordenado pela Ouvidoria da Anvisa. Data: 8 de julho de 2013. Horário: das 17h às 20h.  
1898 Local: Brasília/DF. **Conselheiro Indicado: Ronald Ferreira dos Santos**. 3) Preparação da Oficina "O  
1899 Controle Social nos 25 anos do SUS", durante o Congresso do CONASEMS. Data: 7 e 8 de julho.  
1900 Horário: 9h às 17h. Local: Brasília/DF. **Conselheiros para participar da Organização da Oficina GT:**  
1901 **integrantes da Mesa Diretora do CNS.** 4) Dia Mundial de Conscientização da Esclerose Lateral  
1902 Amiotrófica (ELA). Data: 20 de junho. Indicação para compor a mesa de abertura. Horário do evento:  
1903 14h às 18h. Câmara dos Deputados. Brasília/DF. **Conselheiro Indicado: verificar a disponibilidade**  
1904 **de um conselheiro residente em Brasília.** 5) Seminário de Inovação Tecnológica em Saúde:  
1905 Desafios para a Regulação Sanitária da Anvisa. Data: 26 a 28 de junho. Local: Brasília/DF.  
1906 **Conselheiras indicadas: Veronica Lourenço e Eurídice Ferreira de Almeida.** Conselheiro **Carlos**  
1907 **Alberto Duarte** disse que foi convidado a participar das reuniões para tratar da estruturação da frente  
1908 parlamentar de DST/AIDS. Acordou-se que essa questão será verificada posteriormente. As  
1909 indicações para comitês serão encaminhadas ao Fórum de Usuários e FENTAS para debate e  
1910 indicação. Conselheira **Veronica Lourenço** registrou que a conselheira Fernanda Bevenuto tem  
1911 interesse em compor o Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do  
1912 Paciente (CIPNSP). **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do  
1913 CNS, **Márcio Florentino**, encerrou a 246ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os  
1914 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de  
1915 Estudos de Saúde (CEBES); **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais  
1916 de Saúde (CONASEMS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids;  
1917 **Cid Roberto Bertozzo Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira**  
1918 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A.**  
1919 **Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos  
1920 Trabalhadores; **Geraldo Adão dos Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas  
1921 – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista**  
1922 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação  
1923 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral  
1924 dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos  
1925 Distritais de Saúde Indígena; **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de  
1926 Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da  
1927 Saúde, **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria**  
1928 **Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares**  
1929 **dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do**  
1930 **Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria**  
1931 **Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,  
1932 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das  
1933 Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho  
1934 Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria  
1935 (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares –  
1936 ABRAZ; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Ubiraci**  
1937 **Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União  
1938 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Waldir**  
1939 **Araújo Cardoso**, Conselho Federal de Medicina (CFM); **Wilson Valério da Rosa Lopes**,  
1940 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zan Mustacchi**, Federação  
1941 Brasileira das Associações de Síndrome de Down. *Suplentes* – **Alexandre Correia dos Santos**,  
1942 Federação Interestadual dos Farmacêuticos - FEIFAR; **Alexandre Frederico de Marca**,  
1943 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Valéria Escolástico**  
1944 **Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama –  
1945 FEMAMA; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Andréa de**  
1946 **Farias Barros Andrade**, Ministério da Educação; **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde;



1947 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil - AFB; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos  
1948 Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação  
1949 Nacional dos Médicos – FENAM; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos  
1950 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional (FENAFITO); **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**,  
1951 Associação Brasileira de Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos  
1952 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil -  
1953 FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Bevenuto**, Associação  
1954 Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernando Antonio Menezes da Silva**, Ministério da  
1955 Saúde; **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina –  
1956 DENEM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas  
1957 e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho  
1958 Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José**  
1959 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Naum de Mesquita**  
1960 **Chagas**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **José Wilton da Silva**,  
1961 Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Júlia Maria Santos**  
1962 **Roland**, Ministério da Saúde; **Leonardo Batista Paiva**, Ministério do Trabalho em Emprego; **Lorena**  
1963 **Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Lourenço Borges Milhomem**, Coordenação  
1964 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Luiz Alberto Catanocce**, Sindicato  
1965 Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de  
1966 Trabalhadores - NCST; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos  
1967 Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do  
1968 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento Nacional da  
1969 População de Rua – MNPR; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBlo;  
1970 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Sebastião Geraldo**  
1971 **Venâncio**, Pastoral da Saúde; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –  
1972 FNE; e **Wilten Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).