



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

6 **ATA DA DUCENTÉSIMA QUADRAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO**
7 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**
8

9 Aos vinte e vinte e um dias do mês de fevereiro de dois mil e treze, realizou-se a Ducentésima
10 Quadragésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. No dia 20 de
11 fevereiro os conselheiros titulares e suplentes estiveram reunidos no Hotel Brasília Imperial, SHS
12 Quadra 3, Bloco H, Brasília – DF, para dar continuidade à primeira etapa do processo de planejamento
13 do CNS 2012-2015, iniciada no dia anterior, 19 de fevereiro (convocado como 51ª Reunião
14 Extraordinária do CNS). Esse processo teve por objetivo principal elaborar o Plano Estratégico do CNS
15 para o período 2013/2015, na perspectiva de uma articulação sistêmica com os demais órgãos de
16 controle/participação social do Sistema Único de Saúde – SUS e por objetivos específicos:
17 atualizar/validar a missão do CNS; realizar análise de situação da estrutura e funcionamento do CNS;
18 elaborar o Plano de Ação do CNS para o período 2013/2015, o que inclui o planejamento da etapa de
19 gestão, monitoramento e avaliação do Plano; articular estratégias de planejamento com os Conselhos
20 Estaduais de Saúde - CES e Plenárias dos Conselhos; promover o reconhecimento mútuo de atores-
21 chave para o planejamento do CNS e do Sistema Nacional de Participação/Controle Social do SUS.
22 Como metodologia, foi aplicado o enfoque participativo do Planejamento Estratégico Situacional - PES,
23 de Carlos Matus. O processo contou com três momentos: construção da missão; análise de situação; e
24 desenho do Plano. Os conselheiros dividiram-se em cinco grupos e desenvolveram as atividades em
25 três etapas, de acordo com cinco finalidades: Finalidade 1: Fortalecer o SUS e seus órgãos de Controle
26 Social e mobilizar a sociedade em defesa do direito à saúde; Finalidade 2: Participar da formulação da
27 política nacional de saúde; Finalidade 3: Participar do controle da execução da política nacional de
28 saúde. Finalidade 4: Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para
29 a Saúde no SUS; e Finalidade 5: Acompanhar o processo de incorporação científica e tecnológica no
30 País. No primeiro dia do planejamento, 19 de fevereiro de 2013, os Grupos desenvolveram as etapas 1
31 e 2, respectivamente: identificar o público e as ações permanentes necessárias ao cumprimento das
32 finalidades e relacionar princípios que devem orientar estas ações permanentes; e identificar
33 forças/fraquezas no ambiente interno e oportunidades/ameaças no ambiente externo ao CNS para o
34 cumprimento das finalidades. Na etapa 3, realizada no dia 20 de fevereiro de 2013, os grupos
35 identificaram as causas/consequências dos problemas internos (fraquezas) e externos (ameaças) que
36 dificultam o cumprimento das finalidades (cada grupo com a sua respectiva finalidade) e, a partir de
37 critérios negociados, priorizaram 5 temas para a agenda estratégica do CNS. Os resultados do trabalho
38 dos Grupos são detalhados a seguir. **ETAPA 1** - identificar o público e as ações permanentes
39 necessárias ao cumprimento das finalidades e relacionar princípios que devem orientar estas ações
40 permanentes. **GRUPO 1.** Público: população Brasileira/Atores indutores (entidades, fóruns, conselhos
41 municipais e estaduais, poderes legislativo, executivo e judiciário). Ações para o controle social: Criar
42 canal de diálogo entre os conselhos (municipais, estaduais e locais) – Sugestão: criar plataforma virtual
43 para debates de temas da saúde; Estimular a criação de fóruns regionais de conselhos de saúde;
44 Fortalecer o Fórum de Educação Permanente para o Controle Social/CNS; Realizar campanha
45 nacional em defesa do SUS (“como ação de saúde e não de contraposição à doença”); Ampliar e
46 fortalecer os espaços democráticos de participação social; Investir na comunicação e informação em
47 saúde, de forma ampla, com acessibilidade; Contemplar “educação em saúde” nos temas transversais
48 debatidos nas escolas, ampliando para discussões sobre segurança social; Ratificar mecanismos para
49 fortalecer o controle social. Ações para a sociedade: Ação proativa e permanente no Congresso
50 Nacional; Divulgar as ações e princípios do SUS; Fortalecer as ações do Movimento “Saúde +10”;
51 Definir uma estratégia de comunicação voltada à sociedade; Considerar, de forma plena, o conceito da
52 acessibilidade. Princípios: Acesso e equidade. **GRUPO 2.** Público: Sistema Universal – atender a
53 todos; Usuário; Movimento e Organizações Indígenas; Sociedade em sua totalidade; Movimentos
54 Sociais; Academia Pública e Privada; Escolas Técnicas do SUS; Demais Conselhos – Questão da
55 Intersetorialidade; Todos residentes do Brasil; Estrangeiros / Política de Atenção a Saúde nas

Fronteiras. Princípios: Capacitar e Fortalecer o Controle Social; Estruturação do Controle Social descentralizada; Fundamento Ideológico; Política de Estado e não de Governo; “Colcha de retalhos” – necessidade de superação; Gestão do Trabalho no SUS; Universalidade; Equidade; Informação; Pertinência; Abrangência Temática; Reconhecimento Permanente dos Conselheiros; Administração Pública – coerente, honrando os princípios legais; Garantia para o Controle Social – Lei 8142/1990 e Resolução 453/2012; Curativo/Preventivo/Qualidade de Vida; Humanização; e Coletividades. Ações permanentes: Fortalecer a Política de Saúde Indígena – consolidar o subsistema e pensar política para indígenas urbanos; Idoso/População que envelhece; DST/AIDS; Atribuições dos municípios; Controle das Doenças endêmicas; Erradicação – Eliminação do Problema de Saúde Pública; Investimento e fortalecimento dos CMS – Conselhos Municipais de Saúde; Comunicação; Envolvimento de todos os segmentos; PPA – Plano Plurianual - Contribuições/participação; LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias – Contribuições/participação; LOA – Lei Orçamentária Anual – Contribuições/participação; Entrosamento do Ciclo Orçamentário para definição das políticas de saúde; Regionalização; Prioridades definidas nas Conferências; Capacitar permanentemente o Controle Social; Processo de Formação, Conscientização, Reconhecimento do Papel Social na Implementação da Política; Políticas de Saúde para a comunidade GLBT; Educação Permanente para o SUS; Investimento na Pesquisa – utilizar as Universidades voltadas para o Controle Social; Ação contra as terceirizações. – EBSERH; Lutar contra a privatização e terceirização nas 03 esferas; Responsabilidade de fazer cumprir as legislações existentes; Compreensão da Realidade Social percebendo as demandas sociais e as diferenças/olhar sobre a diversidade/complexidade; Investimento em Equipamentos e Estruturas; Política de Financiamento – recursos para execução da política nacional de saúde; Ampliar Estrutura Pública; Ação contra as privatizações e terceirizações; Plano de Carreira Nacional do SUS; PCCS-SUS; Valorização dos Trabalhadores; Política Nacional de Recursos Humanos; Diagnóstico da Realidade Situacional de cada município para definir os investimentos em recursos humanos e infraestrutura, condizente com a real necessidade; Política de Saúde do Trabalhador; Obrigatoriedade de fazer cumprir a legislação da política nacional do SUS, mecanismos de controle e punição ao não cumprimento; Regulamentação e Fiscalização da Saúde Suplementar; Política de Fixação dos Profissionais; Políticas de Ação Permanente definidas e aplicadas de acordo com as regionalidades; Cuidado das Práticas Integrativas e Complementares - PIC, implementação para além da portaria, considerar as práticas populares; Educação Popular em Saúde – Princípios Freirianos; e Instrumentalização legal para dialogo, construção de diretriz política mais unânime e equânime nas três esferas – ação convergente entre CMS – CES – CNS. Sistematização: fluxo de trabalho não definido para a construção da Política Nacional de Saúde. Público: Para toda população brasileira, povos indígenas e estrangeiros que residem no País. Princípios: A Saúde concebida como Política de Estado; Os Conselhos, com conselheiros qualificados, devem representar os interesses da sociedade com independência e autonomia; Os recursos públicos pertencem ao povo e é obrigação dos gestores administra-los para beneficiar a saúde de todos; O Ciclo Orçamentário deve ser elaborado de forma ascendente a partir dos Municípios e Estados; Respeitar as diversidades e especificidades das pessoas e regiões; e Zelar pelo cumprimento das Legislações. Ações permanentes: Promover condições adequadas para a atuação dos prestadores e fiscaliza- lá; Promover e estabelecer estratégias e ações que garantam a implantação da Política Plano de Cargos, Carreiras e Salários Nacional do SUS, financiado pelas três esferas de Governo; Fortalecer todos os Conselhos de Saúde; Abertura para colaboração e participação das entidades, movimentos sociais e academia; Ações contra a terceirização e privatização; e Educação Permanente para o SUS.

GRUPO 3. Identificar público/clientela e ações. Articulação e Parcerias com: a) Comunidades e sociedade civil (quilombolas, indígenas, ribeirinhos, em situação de rua, associação de moradores, dentre outras). 1. Divulgação do papel dos conselhos de saúde; 2. Incentivo a participação social no controle da política de saúde; 3. Formação sobre controle social das equipes de Atenção Básica que atuem nestas comunidades; 4. Formulação de Plano de comunicação com ações comunitárias. b) Órgãos de controle (TCU, CGU, DENASUS): 1. Criar agenda permanente de ações entre o CNS e os órgãos de controle (acompanhamento do acordão da paridade dossiê da terceirização). c) Ministério Público Federal, Estadual. 1. Articular o fórum permanente aprovado no Seminário Permanente de Articulação entre o Controle Social e Ministério Público. 2. Fórum de articulação nos Estados com os MPE. d) Congresso Nacional: 1. Criar agenda permanente com a Frente Parlamentar da Saúde. e) Conselhos estaduais/municipais/distritais/locais de saúde e coordenação de plenária. 1. Divulgar para o conjunto de conselhos estaduais/municipais/locais as ferramentas de controle já existentes. 2. Estimular a criação de agenda permanente entre os conselhos de saúde e o legislativo Estadual/municipal. 3. Compor uma agenda nacional permanente com os conselhos estaduais e municipais de saúde. 4. Compor agenda nacional de monitoramento e avaliação dos planos de saúde nacional, estaduais e municipais. f) Outros conselhos de políticas públicas (intersetorialidade). 1. Pautar o Plano Nacional de Saúde no Interconselhos/PR. g) Ouvidorias: 1. Sistema de comunicação

117 permanente que identifique e monitore as denúncias encaminhadas ao CNS e Ouvidoria do SUS. h)
118 Meios de comunicação: 1. Realizar campanha nacional em Defesa do Sus e do controle social. i)
119 Trabalhadores em geral: 1. Agenda Permanente com o Movimento Sindical para fortalecimento da
120 Política de Saúde do Trabalhador. j) Outros Ministérios: 1. Identificar e monitorar ações interministeriais
121 que tenham interface com o PNS. k) Entidades Religiosas: 1. Criar agenda que acione as entidades
122 religiosas para a defesa do SUS. (Ex. Saúde +10). l) Escolas e academia: 1. Realizar agenda de
123 estudo e pesquisa com as universidades sobre o monitoramento da PNS. **GRUPO 4.** Público/clientela.
124 Repolitização de todo o processo visando incluir os que não estão envolvidos, em síntese, toda a
125 sociedade. Público direto: trabalhador, usuário, gestor e prestadores de serviços. Público Indireto:
126 MEC; MS; Legislativo; CONASS; CONASEMS; Entidades estudantis; Centrais sindicais; Conselhos
127 profissionais; e Conselhos estaduais e municipais de saúde. Ações permanentes: Reavaliar a atuação
128 das Comissões de Recursos Humanos e Educação Permanente em relação à Política de Gestão do
129 Trabalho e Educação para a Saúde no SUS; Propiciar o empoderamento das Comissões visando o
130 fortalecimento de suas ações; Envolver outros atores políticos no debate/deliberação sobre Educação
131 Permanente, além do MEC e MS; Programa Saúde na Escola; Fortalecer o debate CNS e MEC, nas
132 discussões sobre Educação para a Saúde no SUS; O CNS exercer o papel de articulador do processo
133 de Educação para a Saúde no Sistema de Saúde; Maior interlocução entre as Comissões intersetoriais;
134 Definir estratégias para incidir na definição da concepção de formação dos profissionais da saúde; O
135 CNS precisa deliberar; Dialogar o tema da educação entre as profissões de saúde; e Valorização dos
136 profissionais/política de recursos humanos. Princípios: A partir das necessidades da sociedade;
137 Considerar o Interesse público; Considerar o modelo de atenção em saúde proposto com ênfase na
138 atenção integral; Investimento x sustentabilidade do sistema; Fortalecer o programa de Humanização
139 dos profissionais de saúde no atendimento. **GRUPO 5.** Público: Comunidade Científica em geral;
140 Conselheiros de Saúde; Profissionais de Saúde; Setores Produtivos; e Agências Reguladoras. Ações
141 Permanentes: 1. Difundir para a população o conhecimento científico; 2. Garantir o direito humano da
142 proteção do sujeito de pesquisa; articulação com a academia com a inovação tecnológica e a
143 realização de pesquisa; 3. O CNS tem o desafio de garantir normas regulatórias para acreditação e
144 capacitação dos CEP; 4. Relacionar as prioridades da pesquisa do MS com a agenda prioritária do
145 CNS. Necessidade de incluir nas pesquisas o quesito raça/cor; 5. Debate sobre as patentes; 6.
146 Necessidade de o CNS pensar formas de monitoramento das pesquisas; 7. Fortalecer a CONEP para
147 que o debate se dissemine pelos estados e municípios; 8. Articulando os conselhos estaduais nesta
148 discussão, de modo a permitir que o avanço tecnológico respeite os direitos do cidadão e assegure a
149 proteção necessária aos sujeitos de pesquisa; 9. Quanto à estratégia da Plataforma Brasil, é preciso
150 torná-la mais conhecida - realização de oficinas macrorregionais; 10. Enfatiza o grau de discriminação
151 e preconceito da muitas pesquisas; 11. Necessidade de acompanhar e regular a formação; 12. Baixo
152 investimento na produção tecnológica pública; 13. Farmácia como estabelecimento de saúde vinculado
153 com aos serviços de saúde; 14. Trazer a questão das agências reguladoras, qual o controle social
154 sobre essas agencias, não somente sobre as tecnologias e saúde; 15. Valorizar os pesquisadores
155 permitindo que os mesmos permaneçam no país; 16. O capital continua a privatizar a ação em saúde;
156 17. Conhecer as pesquisas em desenvolvimento; 18. Investir recursos na tecnologia nacional; 19.
157 Incorporar os ministérios de ciência e tecnologia e educação nesta discussão; 20. Grande parte da
158 população está descoberta, não acessa recursos tecnológicos. 21. Construir estratégias de
159 enfretamento as discriminações a LGBT, sexismo e racismo nas pesquisas. **ETAPA 2** – identificar
160 forças/fraquezas no ambiente interno e oportunidades/ameaças no ambiente externo ao CNS para o
161 cumprimento das finalidades. **GRUPO 1. Forças:** Pluralidade e diversidade das entidades do CNS;
162 Capilaridade social; Compreensão mais avançada, por parte da gestão, sobre a força da participação
163 social; Qualificação do grau de discussão dos usuários sobre a Política Pública de Saúde; Garantia de
164 igualdade nos debates do CNS; Crescimento das novas mídias; Programa de Inclusão Digital – PID;
165 Legislação que garante o caráter deliberativo dos conselhos de saúde – Lei 8.142/1990 e Lei nº
166 141/2012; Estrutura atual do CNS; Constituição Federal de 1988 e Legislação do SUS com destaque à
167 Lei nº. 8.080/1990; e Movimento Saúde + 10. **Fraquezas:** Tendência à especificidade; Conflito de
168 interesses; Falta de informação sobre o CNS para a sociedade; Compreensão limitada, por parte dos
169 gestores, sobre a importância da participação social; Cooptação dos conselheiros pela gestão e
170 “capitulação” dos conselheiros frente à gestão; Força de contraposição desigual; Disparidade de
171 experiência política para exercer o papel de conselheiro; Inexistência de um plano de educação
172 permanente para o controle social; Falta de reconhecimento, por parte dos gestores, da legitimidade
173 dos conselhos de saúde; Falta de infraestrutura para o funcionamento dos conselhos de saúde;
174 Estrutura atual do CNS; Desconhecimento da legislação do SUS; Preconceitos – raça, cor, etnia,
175 orientação sexual, de classe, gênero, religiosa, entre outras; Falta de retorno às denúncias.
Oportunidades: Existência das Políticas de Promoção da Equidade; Movimento pela democratização
176 da mídia – o CNS deve aproximar-se das entidades que promovem esse movimento; Realização
177

178 periódica das conferências de saúde nas três esferas de gestão - democratização do debate;
179 Crescimento das novas mídias; Existência da Frente Parlamentar de Saúde; Proatividade do Ministério
180 Público; Repolitizar o movimento em defesa do SUS; Criação do Fórum Interministerial que discute a
181 participação social como política de Estado; Eleição em 2014. **Ameaças:** Falta de mobilização da
182 sociedade civil; Falta de retorno, por parte dos conselheiros, às bases; Falta de conhecimento da
183 sociedade em relação aos conselhos de saúde e ao SUS; Monopólio da mídia – falta de espaço para
184 as questões sociais na grande mídia; Falta de reconhecimento, por parte dos gestores, da legitimidade
185 dos conselhos de saúde e das conferências de saúde; Política de Saúde focada na doença; Omissão
186 do Ministério Público; Falta de retorno às denúncias; Falta de conhecimento do Poder Judiciário sobre
187 as políticas de saúde; Uso do Judiciário por grandes corporações e monopólios da saúde; Utilização do
188 recurso da saúde de forma inadequada; e Eleição em 2014. **GRUPO 2. Forças:** Legislação do SUS;
189 CNS órgão produtor das políticas; empoderamento do CNS; Recorte tripartite da composição do CNS;
190 Estrutura orgânica do conselho e sua reprodução nas três esferas; Orçamento do CNS previsto na
191 legislação em 2013; Caráter deliberativo na lei; Pluralidade da representação dos movimentos sociais;
192 Bom relacionamento com Ministério Público Federal; Lei 141/2012 – artigo 44; Resolução sobre fluxo
193 de trabalho do CNS; Sistema de controle social de saúde como exemplo nacional e internacional.
194 **Fraquezas:** Descumprimento da legislação do SUS; Pouca produção de caráter deliberativo; Não
195 resposta às denúncias encaminhadas; Não conseguir aplicabilidade das resoluções – sobretudo as
196 referentes a modelo de gestão; Política de governo – “conveniências da interpretação da legislação do
197 SUS”; Não aplicabilidade do orçamento previsto; O caráter deliberativo é considerado caráter
198 consultivo pelo gestor; Capacitação dos conselheiros precária; Falta de informação do MPF sobre o
199 SUS; Baixo uso de informação baseada em evidências para formulação; Fragmentação dos segmentos
200 do Conselho; Desconhecimento dos conselhos pelos estudantes de saúde; Pouca visibilidade social
201 dos conselhos como de formulador de política pública; Falta de responsabilidade dos gestores na
202 garantia de formação de conselheiros; Falta de foco em questões mais gerais - necessidade de
203 priorização; Falta de planejamento e metodologia de trabalho dos conselhos; Fragmentação das
204 políticas do SUS; Jogos de interesse que perpassam os conselhos; Baixa intersetorialidade;
205 Desrespeito às deliberações dos conselhos; Tempo insuficiente para atuação dos conselheiros; e Não
206 continuidade das resoluções deliberadas no Pleno. **Oportunidades:** Ações compartilhadas dos vários
207 organismos de controle social; Planejar como estratégia de mobilização, organização e luta do controle
208 social; Formular estratégias para a replicação de deliberações do CNS nos CES e CMS; Plenárias
209 itinerantes para descentralização do CNS e fortalecimento dos CES e CMS; Oferecer ao sistema de
210 ensino público/privado informações sobre o sus e o controle social deste; Regulamentar sobre o caráter
211 de relevância pública do conselheiro; Estimular/aumentar a capacidade de mobilização das entidades e
212 movimentos que se fazem representar no CNS; Pressão sobre o MEC na constituição dos currículos.
213 **Ameaças:** Interferência excessiva de órgãos externos; Pulverização das ações - dos vários
214 organismos de controle social; Uso do marketing da política de governo na formulação de políticas de
215 saúde; Interferência dos organismos internacionais (OPAS – OMS – UNESCO) na saúde brasileira; e
216 Rede complementar na prática sendo colocada substitutiva. **GRUPO 3. Forças:** Diversidade de
217 representação; Pluralidade de demandas; Legislação do SUS e do controle social; Participação dos
218 conselheiros nos planos de saúde; Legitimidade do CNS nos estados; Vontade política de participação;
219 Capacidade deliberativa; Conselheiros com experiência e conhecimento da realidade; Ampliação da
220 participação dos conselhos em todos os níveis; Avaliação anual do relatório de gestão; Processo de
221 planejamento desenvolvido pelo CNS; e Coordenação de Plenárias. **Fraquezas:** Isolamento/de dentro
222 para dentro; Baixo exercício de representatividade; Pouca articulação social; Dificuldade de
223 comunicação; Baixo entendimento das entidades do papel dos conselhos; Planos de saúde sem
224 participação; Pouca articulação do CNS com estados e municípios; Pouca articulação com outros
225 órgãos de controle; Falta de formação dos conselheiros; Pouco empoderamento dos conselhos nas
226 decisões e no monitoramento; Responsabilidade e compromisso coletivo aquém da necessidade;
227 Pouca capacidade de atuação na prestação de contas; Pouca participação dos gestores no controle
228 social; Estrutura do CNS. **Oportunidades:** Existência dos planos nacionais, estaduais e municipais;
229 Participação nos orçamentos; Repolitização do SUS junto à população; Participação direta local;
230 Organização dos movimentos sociais; Conquistas democráticas da sociedade; Transparência na
231 gestão pública; Compromisso entre gerações; Descentralização das políticas e ações de saúde; e
232 Planejamento participativo do CNS. **Ameaças:** Não cumprimento das deliberações; Limitação de
233 financiamento e estrutura dos conselhos; Não valorização do controle social pela gestão; Baixa
234 capacidade de mobilização das entidades representativas; Indefinição de representações nos
235 conselhos; Baixa politização da saúde; Pouco conhecimento da população do papel dos conselhos;
236 Pouca vontade política de participação; Financiamento insuficiente; Dificuldade de acesso dos usuários
237 e conselheiros; Privatização da saúde; e Precarização dos serviços. **GRUPO 4. Forças:** Força
238 mobilizadora da coordenação estadual de plenária; Capilaridade organizativa do CNS; Diversidade de

representações que qualifica o Plenário; Existências de comissões (CIRH e Educação Permanente) que estão acompanhando e avaliando a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Força propositiva do CNS (portarias, resoluções, recomendações); Fóruns organizativos dos segmentos; Conferências de saúde, plenárias, seminários e eventos temáticos organizados pelo CNS; O poder que o CNS tem de pautar o governo; O planejamento do CNS possibilitando a proposição de ações para os próximos 3 anos; A atual presidência do CNS com representante de usuário. **Fraquezas:** Insuficiência na comunicação e informação; Defesa de interesses específicos em detrimento do coletivo; Responsabilidade do Plenário delegada às comissões; O CNS não exerce plenamente a função de formular políticas, ficando apenas na condição de deliberação/consulta/aprovação; Não dar condições para que os fóruns organizativos tenham espaço na pauta do Pleno; Ausência de devolutivas do que foi deliberado nas conferências; Fragmentação do monitoramento/ análise/acompanhamento das políticas; Não há interlocução entre o CNS e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite e da mesa de negociações do sus ficando à margem das decisões; O CNS ser pautado pelo governo com frequência; Não cumprimento da agenda propositiva oriunda da 14ª CNS; Não há diálogo com a Presidência da República; e Infraestrutura insuficiente para atender as demandas da CIRH. **Oportunidades:** Regionalização da saúde; Valorização da cultura e do conhecimento popular, das práticas integrativas (parteiras...); Educação popular; Organização da sociedade em torno de movimentos que fortaleçam o SUS (Ex: Saúde +10); CNS acolhe, apoia, estimula, fortalece, integra, dá voz às iniciativas que emergem da sociedade; Programa de Inclusão Digital – PID e outras capacitações disponibilizados à sociedade; e O governo federal não é de oposição ao SUS. **Ameaças:** Dificuldade na relação institucional com o MEC; Como o CNS enfrenta a questão da mercantilização da saúde; Terceirização dos serviços da saúde; Fixação de profissionais concentrada nas áreas urbanas; Ausência de plano de carreira de estado e desvalorização do profissional de saúde; O governo fica preso à resolução de urgências e emergências não se debruçando na implementação de políticas; Falta de condições para acompanhamento das propostas e estratégias que estão sendo discutidas no Congresso Nacional; Vicissitudes do serviço público; Ausência de um plano de intervenção para acompanhamento das matérias que tramitam no congresso nacional de interesse do CNS (saúde e áreas afins) para além da contribuição da assessoria legislativa que já temos. **GRUPO 5. Forças:** Rede de conselhos colegiados; Gestão participativa dos conselhos; CONEP; Resolução nº. 196/96 e complementares; Representação no CNS de comunidades científicas (CEBES, ABRASCO, SBPC, Rede Unida, Associação de Bioética); Plano Nacional de Saúde 2012/2015; Criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia; Presença do movimento negro, LGBTT e mulheres no CNS; Compromisso ético com a defesa da vida em relação à propriedade intelectual; Existência da Plataforma Brasil para acompanhamento das pesquisas com seres humanos; Diretriz nº. 10 do Plano Nacional de Saúde 2012/2015; Resolução nº.338/2004. **Fraquezas:** Fragilidade de comunicação interna (CNS-CONEP); Falta de apropriação do conhecimento científico produzido; Infraestrutura inadequada para as reuniões da CONEP; Falta ou inexistência no processo de utilização da tecnologia da informação; fragilidade da política nacional de comunicação em saúde; Fragilidade do CEP/CONEP; Distanciamento da comunidade científica em relação às necessidades e a prioridade da política de saúde; Não cumprimento das atribuições regimentais do CNS; Racismo institucional, discriminação LGBTT, sexism, machismo; Inapropriação da discussão do CNS sobre a propriedade intelectual; Problemas na implementação das novas versões da Plataforma Brasil; Dificuldades no andamento da análise de protocolos; Não implementação do plano nacional de saúde em relação à diretriz nº.10; Debilidade na organização do debate sobre a assistência farmacêutica; Supremacia do setor privado na incorporação tecnológica. **Oportunidades:** Considerar outros meios de difusão de informação; Sistema de Tecnologia de Informação; Informação com linguagem acessível à população; Democratização dos meios de comunicação; Fortalecimento da CONEP; Resolução nº. 196/96 e complementares; Representação da comunidade científica junto aos outros meios de controle social; Apropriação da resolução nº. 196/96 e resoluções complementares por parte dos CEP; Articulação e integração da agenda de prioridade de pesquisa; Visibilidade das disparidades raciais em saúde; Discussão e aplicação da licença compulsória; Revisão da Lei de Propriedade Intelectual; Avanço da tecnologia da Plataforma Brasil; Diretriz nº. 10 do Plano Nacional de Saúde 2012/2015; Estruturação da assistência farmacêutica pública; e Mudança do marco legal sobre o conceito de farmácia. **Ameaças:** Falta de apropriação do conhecimento produzido; Falta ou inexistência no processo de utilização da tecnologia da informação; fragilidade da política nacional de comunicação em saúde; Mercantilização da vida; Distanciamento da comunidade científica em relação às necessidades e da prioridade da política de saúde; Fragilidade estrutural do CEP; Não apropriação da Resolução nº. 196/96 por parte dos CEP; Não articulação e integração da agenda de prioridade de pesquisa; Racismo institucional, discriminação LGBTT, sexism, machismo, Monopólio; Predomínio da lógica de mercado; Tempo para a apropriação das novas tecnologias; Baixa remuneração das bolsas de pesquisas; Não valorização profissional; Crescimento da lógica mercantil no acesso ao medicamento; e Falta de revisão das

300 prioridades de pesquisa e de nova conferência de CTIS e assistência farmacêutica. **ETAPA 3** -
301 identificar as causas/consequências dos problemas internos (fraquezas) e externos (ameaças) que
302 dificultam o cumprimento das finalidades (cada grupo com a sua respectiva finalidade) e, a partir de
303 critérios negociados, priorizaram 5 temas para a agenda estratégica do CNS. **GRUPO 1. Prioridades:**
304 1) Defesa incondicional do “público”, tomando como foco os usuários do SUS, zelando pela primazia do
305 setor público de saúde no Brasil e garantindo fonte de financiamento fixa e adequada; 2) Mobilização
306 política da sociedade pela garantia dos direitos sociais da seguridade social e da saúde (repolitização
307 do debate sobre a reforma sanitária) e fortalecer a participação social e controle social; 3) Valorização
308 do trabalho em saúde; Política de Estado da força de trabalho do SUS (gestão do trabalho); 4)
309 Fortalecimento dos conselhos de saúde - Plano de Educação Permanente para o Controle Social -
310 fortalecer a representação e representatividade dos usuários do SUS; melhorar a comunicação/relação
311 do CNS com os conselhos estaduais e municipais; melhorar a infraestrutura do CNS; Criar instrumento
312 que possibilite e amplie diálogo permanente entre os conselhos de saúde para potencializar as ações;
313 Promover diálogo permanente com o Legislativo (produção de matérias legislativas); e 5) Definição de
314 uma política de comunicação do CNS, cumprindo as deliberações do CNS e das Conferências de
315 Saúde. **GRUPO 2. Temas para a Agenda Estratégica do CNS:** 1) Atenção integral a saúde básica,
316 média e alta complexidade – medicação, tratamento, internação. Fortalecimento da atenção básica,
317 oferecer ao município as condições necessárias para cumprimento da atribuição que lhe são próprias;
318 Fiscalização da vigilância à saúde, controle de doença para as três esferas de governo; Priorizar a
319 questão da assistência hospitalar pública – recurso, cabedal de conhecimentos, garantia de acesso,
320 fundamentos, profissionais; Ampliar/ Construir a rede pública de atenção secundária e terciária;
321 Atenção às doenças crônicas não transmissíveis no prazo dos protocolos de exames, como também
322 garantia de acesso aos exames na rede para continuidade do tratamento e evitar a internação; Acesso
323 ao diagnóstico precoce de pessoas com necessidades alimentares especiais e intolerância alimentar;
324 Participação de todos profissionais de saúde na atenção integral, todos os profissionais presentes na
325 rede para atendimento inter e multidisciplinar. 2) Formação e educação permanente de conselheiros. 3)
326 Formação e carreira dos profissionais do SUS: Implementação da política de recursos humanos (força
327 de trabalho) para as 03 esferas de governo; Rede de Formação do SUS – política de formação com
328 investimento das três esferas; Carreira Única do SUS; Qualidade da formação dos profissionais que
329 trabalham no SUS; Questão da CIRH na avaliação de cursos – ampliação incluindo na avaliação os
330 cursos de Enfermagem e Fisioterapia; Questão da CIRH na avaliação de todos os cursos na área da
331 saúde; Dialogar com CNE para articulação CNE – CNS / MEC/ MS para definição de uma política de
332 formação de profissionais para SUS; Garantir assento de representação do CNS no CNE. 4)
333 Subsistema de saúde indígena: Fortalecer o Subsistema de Saúde Indígena, respeitando a
334 diversidade; Garantir uma educação aos profissionais indígenas nas escolas Técnicas do SUS; e 5ª
335 Conferência Nacional de Saúde Indígena. 5) Gestão pública do SUS: Referendar o SUS como política
336 de Estado; Ampliar a lógica do olhar sobre a Saúde com o olhar sobre a Seguridade Social; Priorização
337 das Ações contra as Privatizações e Terceirizações do SUS e a privatização do patrimônio público;
338 Revogação da Reforma do aparelho de Estado; Ações em curto prazo para um SUS forte e efetivo;
339 Cumprir e fazer cumprir as deliberações das conferencias nacionais de saúde, principalmente da 14ª e
340 as deliberações do pleno do CNS; Reconhecimento do CNS na implementação das Políticas Públicas e
341 na Fiscalização, produzindo consciência cidadã; Fortalecimento dos Conselhos em ações pautadas no
342 PPA, com conhecimento da realidade local, demandas e orçamento; O que será o SUS em 2015,
343 fortalecer as premissas, olhar para a 15ª Conferência Nacional de Saúde; O que será o SUS em 2033?;
344 Revisão da contratualização dos hospitais filantrópicos, universitários e privados; Comunicação com a
345 população Brasileira – Canal de Comunicação regular – utilizar o Canal Saúde – Fiocruz ou NBR. 6)
346 Financiamento do SUS. (Eixos Transversais – comunicação e orçamento, diálogo com a sociedade e
347 contraditório). Organizar as prioridades articuladas com 14ª Conferência Nacional de Saúde, Plano
348 Nacional de Saúde e atribuições do CNS descritas no Regimento Interno. **GRUPO 3. Critérios de**
349 **prioridades:** Fortalecer a relação com outros conselhos de saúde (estaduais e municipais); Fortalecer
350 a relação com outros conselhos de políticas públicas; Reforçar a articulação com os órgãos de controle
351 externo e interno; Ampliar a comunicação com todos os segmentos sociais; e Estruturar a organização
352 administrativa, de comunicação e formação do CNS. **Agenda Estratégica.** Prioridade 1 – Defesa do
353 SUS e do controle social: Campanha nacional em defesa do SUS público e universal e combate ao
354 processo de terceirização; Articular agenda com os movimentos sociais; Campanha nacional de
355 valorização e divulgação do papel dos conselhos; Articular as plenárias (nacional e regionais) dos
356 conselhos de saúde; Reforçar e ampliar o movimento nacional sobre o financiamento do sus (saúde +
357 10); Fortalecer a política nacional de saúde indígena; acompanhar e discutir o processo de implantação
358 do cartão SUS. Prioridade 2 – Ampliar e fortalecer o processo de articulação política entre os conselhos
359 de saúde: Articular com o conjunto de conselhos o processo de planejamento participativo e
360 ascendente do orçamento do SUS; e Priorizar a discussão sobre o modelo de gestão (Lei 8.080/90, Lei

361 141, Decreto 7.508). Prioridade 3 – Fortalecimento da comunicação do controle social em saúde:
362 Montar estrutura de informação e comunicação permanente para o controle social; e Ampliar a
363 produção e divulgação de material educativo e informativo para o conjunto dos conselheiros e
364 sociedade. Prioridade 4 – Fortalecimento e organização do CNS e do controle social em saúde:
365 Fortalecer o papel das comissões intersetoriais de monitoramento das políticas e deliberações das
366 conferências; Criar comissão para discutir e atualizar a legislação do CNS; Articular agenda
367 permanente com a presidência da república; Articular agenda com outros conselhos nacionais para
368 definição de uma política nacional de participação; Priorizar o encaminhamento das propostas que se
369 referem ao acesso e modelo de gestão previsto nas propostas da 14^a CNS. **GRUPO 4. Prioridades:** 1 -
370 Fortalecer o SUS e seus órgãos de controle social e mobilizar a sociedade em defesa do direito à
371 saúde: Formulação e implementação de uma política de comunicação do CNS (mídia); Articulação
372 entre CNS, CES, CMS, movimentos sociais, coordenação de plenárias visando uma atuação do
373 controle social de forma mais sistêmica; Descentralização do CNS; Formas itinerantes; Ampliar o
374 diálogo com outros atores que decidem a política de saúde; Formação de conselheiros e lideranças
375 (visando os planos municipais de saúde, COAP), regionalização e orçamento; Estimular a participação
376 da comunidade para o fortalecimento do SUS, no exercício da cidadania e direitos e deveres. 2 –
377 Participar da formulação da política nacional de saúde: Discutir (alteração?) o modelo de atenção em
378 saúde; Fortalecer a participação do CNS nos processos de formulação das políticas de saúde; e
379 Acesso da população ao SUS de forma precária (filas e esperas). 3 – Participar do controle da
380 execução da política nacional de saúde: Monitorar sistematicamente a política de atenção básica
381 visando o acesso da população ao SUS com resolutividade; Acompanhar a execução das correções
382 indicadas pelas auditorias e execução financeira; Fortalecer o controle sobre o orçamento e
383 financiamento, observando a sua execução. 4 - Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do
384 Trabalho e Educação para a Saúde no SUS: Fortalecer a participação do CNS nos processos de
385 formulação das políticas de saúde; Gestão do trabalho e educação na e para saúde; Debate sobre a
386 saúde dos trabalhadores e trabalhadoras nas três esferas de governo. 5 – Acompanhar o processo de
387 incorporação científica e tecnológica no país: Ética em pesquisa com seres humanos; Desenvolver
388 pesquisas para o eixo das pessoas com patologias/deficiências de acordo com as necessidades
389 (epidemiológicas) da população (apreciar a agenda nacional de pesquisa). **GRUPO 5. Critérios**
390 **propostos pelo Grupo:** 1) Reafirmação dos princípios do SUS e seus marcos legais; 2) Atendimento
391 às expectativas apontadas pelos conselheiros; 3: Priorizar ações que contribuam para a consolidação e
392 efetivação do SUS; 4) Fortalecer as ações e serviços públicos de saúde; 5) Que uma das prioridades
393 do planejamento se relacionem com a temática ciência e tecnologia em saúde; 6) Garantir condições
394 para a efetivação do direito à saúde; e 7) Assegurar o papel formulador e mobilizador do CNS para
395 garantir a efetiva participação popular. **Proposta para agenda do CNS 2013/2015:** 1) Garantir a
396 mobilização popular e o Fortalecimento da participação e controle social do SUS: proporcionar
397 visibilidade e criar mecanismos de interlocução com a sociedade sobre a importância do conselho
398 (democracia participativa) na efetivação do direito à saúde e no acesso ao serviço. 2) Valorizar à força
399 de trabalho em saúde, garantindo a estruturação e priorização dos serviços públicos e combater às
400 terceirizações/privatizações assegurando o preceito constitucional de prioridade da estruturação do
401 público e da complementaridade do privado. 3) Luta pela ampliação do Financiamento público do SUS
402 através de projeto de lei de iniciativa popular que garanta 10% das Receitas Correntes Bruta da União
403 para a saúde. 4) Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação de tecnologias e insumos
404 estratégicos em saúde com prioridade para as necessidade e interesse da saúde pública, assegurando
405 mecanismos para a proteção dos participantes de pesquisa. 5) Acesso: garantir a participação social
406 na formulação e implementação das políticas de saúde. Atender ao princípio da equidade fortalecendo
407 a mobilização popular através da formulação e monitoramento pelo CNS das políticas de equidade em
408 saúde que atuem no enfrentamento ao racismo e etnicismo institucional, às discriminações por gênero,
409 orientação sexual, identidade de gênero, de pessoas com deficiência e as disparidades sociais em
410 saúde. A equipe responsável pelo planejamento, coordenada pelo Professor da Universidade de
411 Brasília – UnB, **Antônio José Costa Cardoso**, consolidará as propostas dos Grupos que servirão de
412 subsídio para a segunda etapa do planejamento que ocorrerá no mês de março junto com a 243^a
413 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no dia 19 de fevereiro de
414 2013 (51^a Reunião Extraordinária do CNS): **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de
415 Movimentos Populares - CMP; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES;
416 **Arnaldo Gonçalves**, Força Sindical; **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC);
417 **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério
418 da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de
419 Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
420 (CNBB); **Denise Rodrigues Eloí de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
421 (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia

422 Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
423 Hanseníase – MORHAN; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de
424 Moradores (CONAM); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos**
425 **Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Ivone Evangelista**
426 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional
427 dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
428 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
429 de Saúde Indígena; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostimizados (ABRASO);
430 **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo**
431 **Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
432 **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;
433 **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,
434 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das
435 Associações de Pessoas com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
436 Federal de Nutricionistas (CFN); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde,
437 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira
438 de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos
439 Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
440 Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
441 **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-
442 Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO);
443 **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga
444 Brasileira de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de
445 Down. **Suplentes Agnelo Temrité Wadzatsé**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde
446 Indígena – FPCONDISI; **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social - CFESS;
447 **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Alexandre**
448 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Andréa**
449 **Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Astrit Rehbein Siqueira**,
450 Federação Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Cleuza C. Miguel**, Movimento dos
451 Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação
452 Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social –
453 FENASPS; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos - FENAM;
454 **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
455 Ocupacional (FENAFITO); **Dirceu Raposo de Mello**, Associação Brasileira de Talassemia –
456 ABRASTA; **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
457 **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliana de Oliveira Pinto Victor**, Federação Nacional das
458 Avapes (FENAVAPE); **Fernanda Bevenutte** (nome social), Associação Nacional de Travestis e
459 Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
460 **Fernanda Simões Guimarães Torres**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Geisyane**
461 **Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM; **Gerdo**
462 **Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gilene Jose dos Santos**, Sindicato
463 Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força
464 Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde –
465 CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação
466 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretários
467 Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e
468 Transplantados do Brasil - FARBRA; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Junéia Martins**
469 **Batista**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de
470 Farmácia – CFF; **Lourenço Borges Milhomem**, Coordenação das Organizações Indígenas da
471 Amazônia Brasileira – COIAB; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores -
472 NCST; **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Marta**
473 **Cezária de Oliveira**, Fórum Nacional de Mulheres Negras – FNMN; **Nádia Elizabeth Cardoso**
474 **Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Noemy Yamaguishi**
475 **Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
476 Veterinária – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra e Aids;
477 **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB;
478 **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional; **Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio**,
479 Federação Nacional das Apaes – FENAPAES; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança;
480 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
481 **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Záira**
482 **Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Estiveram presentes os seguintes

483 conselheiros no dia 20 de fevereiro de 2013: **Titulares** – **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de
484 Estudos de Saúde (CEBES); **Arnaldo Gonçalves**, Força Sindical; **Carlos Eduardo Ferrari**, União
485 Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a
486 Aids; **Cid Pimentel**, Ministério da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação
487 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis A. Boufleur**, Conferência
488 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das
489 Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
490 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do
491 Trabalho e Emprego (MTE); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
492 Hanseníase – MORHAN; **Fernando Luiz Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de
493 Moradores (CONAM); **Geordecy M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Geraldo Adão dos
494 Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Ivone Evangelista
495 Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional
496 dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
497 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
498 de Saúde Indígena; **Lázaro Luiz Gonzaga**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e
499 Turismo – CNC; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria
500 Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Maria do Espírito Santo Tavares
501 dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do
502 Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria
503 Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,
504 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das
505 Associações de Pessoas com Doenças Faciformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
506 Federal de Nutricionistas (CFN); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e
507 Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
508 em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos
509 (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Sandra Regis**,
510 Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americanana (CEPA
511 Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano
512 Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de
513 Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. *Suplentes*
514 – **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena –
515 FPCONDISI; **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; **Alexandre
516 Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Alexandre Frederico de
517 Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Astrit Rehbein Siqueira**,
518 Federação Nacional das Associações Pestalozzi - FENASP; **Carlos Eduardo Danilevicius Tenório**,
519 Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR); **Cleuza C. Miguel**, Movimento
520 dos Portadores de Esclerose Múltipla (MOPEM); **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação
521 Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social –
522 FENASPS; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos - FENAM;
523 **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
524 Ocupacional (FENAFITO); **Elcio A. dos Santos**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais –
525 ABRATO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliana de Oliveira Pinto Victor**, Federação
526 Nacional das Avapes (FENAVAPE); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda
527 Bevenutte** (nome social), Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou
528 Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernanda Simões Guimarães
529 Torres**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção
530 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal
531 de Odontologia – CFO; **Gilene Jose dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados
532 Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
533 Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José
534 Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**,
535 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Wilton da Silva**,
536 Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA; **Júlia Maria Santos
537 Roland**, Ministério da Saúde; **Junéia Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores (CUT);
538 **Livaldo Bento**, Movimento Popular de Saúde - MOPS; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de
539 Farmácia – CFF; **Lourenço Borges Milhomem**, Coordenação das Organizações Indígenas da
540 Amazônia Brasileira – COIAB; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores -
541 NCST; **Marcos Vinicius S. Pedroza**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Marta
542 Cezária de Oliveira**, Fórum Nacional de Mulheres Negras – FNMN; **Nádia Elizabeth Cardoso
543 Barbosa**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Noemy Yamaguishi**

544 **Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
545 Veterinária – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra e Aids;
546 **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB;
547 **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde Nacional; **Tânia Maria Lessa Athayde Sampaio**,
548 Federação Nacional das Apaes – FENAPAES; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança;
549 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
550 **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra**
551 **Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. O segundo dia da 242^a Reunião
552 Ordinária, 21 de fevereiro de 2013, ocorreu no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton
553 Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF.
554 Os trabalhos iniciaram-se às 9h25 e a mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Carlos Alberto**
555 **Duarte**, da Mesa Diretora do CNS e pelo Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**. **ITEM 1 –**
556 **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 242^a RO - APROVAÇÃO DA ATA DA 241^a REUNIÃO ORDINÁRIA DO**
557 **CNS** - Primeiro, conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, fez a leitura da
558 pauta da reunião e o Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, sugeriu que o item 2 fosse
559 concluído às 12h30 a fim de possibilitar que os conselheiros acompanhassem, em tempo real, a
560 conferência “Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos” (Sistemas Universais de Saúde:
561 objetivos e desafios), com a pesquisadora Asa Cristina Laurell. Disse que a conferência, realizada pelo
562 Instituto da UNASUL, ocorreria no Rio de Janeiro e seria transmitida on-line para mais de vinte países.
563 **Deliberação: a pauta da 242^a RO foi aprovada. Em seguida, a mesa colocou em apreciação a ata**
564 **da 241^a Reunião Ordinária que foi aprovada por unanimidade.** **ITEM 2 – INFORMES E**
565 **INDICAÇÕES** - Apresentação: **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS. Coordenação:
566 conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. **1) MOÇÃO DE**
567 **APOIO, ELABORADA PELA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA -**
568 **CISPI/CNS** - Conselheiro **Geraldo Adão Santos** explicou que a CISPI recebeu da Secretaria Executiva
569 do CNS, para apreciação e parecer, o documento/denúncia da União dos Servidores Públicos do
570 Estado de São Paulo – USPESP sobre a redução do valor da aposentadoria dos servidores
571 aposentados e idosos do Estado de São Paulo e as suas consequências dessa decisão. Disse que,
572 após a análise da documentação a CISPI/CNS, elaborou uma minuta de apoio à iniciativa da
573 Associação de Servidores de São Paulo. Feitos esses esclarecimentos, passou à leitura da minuta de
574 moção, conforme se segue: “Considerando o documento/denúncia recebido da União dos Servidores
575 Públicos do Estado de São Paulo – USPESP, referente à redução do valor da aposentadoria dos
576 servidores aposentados e idosos do Estado de São Paulo e as suas consequências para essa
577 população tão dependente desse benefício para a sua sobrevivência; considerando o artigo 7º, inciso
578 IV, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que garante um salário mínimo, fixado
579 em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender as suas necessidades vitais básicas e às de sua
580 família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência
581 social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação
582 para qualquer fim; considerando o real aumento da expectativa de vida do brasileiro, em torno de 74
583 anos, segundo dados do IBGE Censo/2010, verificando-se o aumento considerável dessa população e
584 o consequente aumento de suas necessidades básicas de sobrevivência e outras tão importantes e até
585 inesperadas, inclusive com relação à saúde; considerando as pessoas que se prepararam e
586 conseguiram galgar postos de trabalho com remuneração superior ao salário mínimo, quando se
587 aposentam, na maioria dos casos, verifica-se a redução do valor da remuneração, o que implica,
588 também, na redução da qualidade de vida dessas pessoas; considerando a demanda em questão,
589 servidores públicos do Estado de São Paulo, mobilizados pela recomposição de perdas
590 comprovadamente significativas nos valores de suas aposentadorias, em função da vigência da Lei
591 Complementar nº 1.157, de 02 de dezembro de 2011, que reduziu o piso salarial de um salário mínimo
592 para efeito de aposentadoria em 70%; considerando a Lei Complementar nº 1.171, de 23 de março de
593 2012, que dispõe sobre a concessão de abono complementar ao servidores na forma que especifica,
594 ou seja, garante a remuneração mínima correspondente ao salário mínimo vigente; considerando que
595 as leis supracitadas estão amparadas pela Súmula Vinculante nº 16, do Supremo Tribunal Federal que
596 determina o valor total da remuneração que não pode ser inferior ao salário mínimo, e não apenas o
597 vencimento-base individualmente considerado; considerando o ato de iniciativa das leis pelo Poder
598 Executivo e a sua aprovação pela Assembleia Legislativa, reduzindo o valor básico de cálculo da
599 aposentadoria em 70% do valor do salário mínimo para os servidores públicos do Estado de São
600 Paulo, o que é considerado um ato legal, mas socialmente injusto; considerando o apelo contido no
601 documento dirigido ao governador do Estado de São Paulo, com o seguinte teor, “Que o Governador
602 de São Paulo, Geraldo Alckmin e Senhores Deputados aprovem lei, decreto ou emenda, etc... de
603 urgência para que aposentados estaduais, não recebam salário base inferior a um salário mínimo
604 estadual”, é oportuno ressaltar que esta proposta teve o apoio do ex-Deputado Ary Fossen (falecido em

605 19/07/12), conforme documento anexo. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde vem a público
606 manifestar apoio à iniciativa da União dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo, pela
607 elaboração desse documento e de apoio da sociedade brasileira em geral a essa causa justa, para
608 reparação da injustiça praticada contra os aposentados e aposentáveis do Estado de São Paulo e
609 apoia, também, a formalização do apelo registrado ao Senhor Governador do Estado de São Paulo e
610 aos Senhores Deputados para aprovação urgente de outro instrumento legal, que garanta um salário
611 mínimo como base para o cálculo da aposentadoria". **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo Jorge de**
612 **Carvalho Pontes** manifestou apoio ao mérito da moção, mas perguntou o motivo do destaque ao fato
613 de a proposta ter tido o apoio do ex-Deputado Ary Fossem (falecido em 19/07/12). Conselheiro **Geraldo**
614 **Adão Santos** explicou que, junto com a denúncia, foi encaminhado um documento destacando o apoio
615 do referido deputado à demanda, por isso, a questão foi contemplada na moção. Conselheira **Maria**
616 **Laura Carvalho Bicca** também disse concordar com o mérito da moção, mas manifestou preocupação
617 em aprovar um documento que faça referência a uma bibliografia que não se conhece. Sendo assim,
618 sugeriu aprovar a moção retirando o último considerando, porque o mérito está contemplado nos
619 documentos anexos. A seguir, houve outras manifestações e chegou-se a acordo sobre a retirada do
620 último considerando da minuta. **Deliberação:** o Plenário aprovou, por unanimidade, com a
621 exclusão do último considerando, a moção de apoio à iniciativa da União dos Servidores
622 Públicos do Estado de São Paulo para reverter a redução do valor da aposentadoria dos
623 servidores aposentados e idosos desse Estado. 2) PROJETO DE LEI N° 4.148/2008, EM
624 TRAMITAÇÃO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS, QUE PROPÕE A MODIFICAÇÃO DO ART. 40 DA
625 LEI 11.105/2005 – Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que a proposta do Proposta do Fórum
626 de Entidades de Trabalhadores da Saúde – FENTAS é de manifestação contrária do CNS ao Projeto
627 de Lei n° 4.148/2008, em tramitação na Câmara dos Deputados, que propõe a modificação do Art. 40
628 da Lei 11.105/2005, que estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades
629 que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados. Detalhou que o art.
630 40 da Lei 11.105/2005 determina que "Os alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo
631 humano ou animal que contenham ou sejam produzidos a partir de OGM ou derivados deverão conter
632 informação nesse sentido em seus rótulos, conforme regulamento". Disse que o PL propôs a alteração
633 desse artigo com a seguinte redação: "Os rótulos dos alimentos destinados ao consumo humano
634 oferecidos em embalagens de consumo final que contenham organismos geneticamente modificados
635 com a presença superior a 1% de sua composição final detectada em análise específica deverão
636 informar o consumidor a natureza transgênica do alimento". Desse modo, somente os produtos com a
637 presença superior a 1% de sua composição deveriam informar nos rótulos, contrariando a Lei que
638 abrange todos os produtos com a presença desse organismo. Para subsidiar o Plenário, fez a leitura de
639 parecer da Unidade Técnica do Conselho Federal de Nutrição sobre informação de alimento
640 transgênico nas embalagens de alimentos. O documento esclarece que o Decreto n° 4.680, de 24 de
641 abril de 2003 regulamenta o direito à informação, assegurado pela Lei N° 8.078, de 11 de setembro de
642 1990, quanto aos alimentos e ingredientes alimentares destinados ao consumo humano ou animal que
643 contenham ou sejam produzidos a partir de organismos geneticamente modificados, sem prejuízo do
644 cumprimento das demais normas aplicáveis. E em seu artigo 2º determina que o consumidor deverá
645 ser informado da natureza transgênica desses produtos com presença acima do limite de um por cento
646 do produto. Outra legislação importante a respeito dos organismos geneticamente modificados (OGM) é
647 a Lei N° 11.105, de 24 de março de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da
648 Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades
649 que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho
650 Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança –
651 CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei n°. 8.974, de 5 de
652 janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º,
653 10 e 16 da Lei nº. 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. O documento
654 esclarece ainda que, em 2008, foi apresentado pelo deputado Luís Carlos Heinze – PP/RS o Projeto de
655 Lei n° 4.148/2008, que altera e acresce dispositivos à Lei n° 11.105/2005. O PL n° 4.148/08 estabelece
656 que os rótulos dos alimentos destinados ao consumo humano informem ao consumidor a natureza
657 transgênica do alimento. O PL citado alega que "a questão da biotecnologia no Brasil foi extremamente
658 politizada. Algumas organizações, sob o pretexto de informar o consumidor, pretendem que o rótulo do
659 alimento funcione como ferramenta de contra propaganda, intuito com o qual a legislação em vigor tem
660 ido de encontro ao estabelecer frases e símbolo sem conteúdos esclarecedores, ora inúteis, ora
661 desinformantes, o que, em verdade, leva o consumidor a uma situação exatamente contrária àquela
662 objetivada pela Lei n° 8.078/90". Outras alegações são encontradas no PL como, por exemplo, que
663 todas as matérias-primas utilizadas na produção de alimentos, incluindo as geneticamente modificadas,
664 são previamente avaliadas pelas autoridades competentes e consideradas seguras para consumo
665 humano e animal. Objetivando assim, entre outros argumentos citados, isenção do símbolo de

transgênicos na embalagem. Em 2011 o PL foi arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Publicado no DCD do dia 01/02/2011. Contudo, foi desarquivado no mesmo mês por requerimento do Dep. Luís Carlos Heinze; em 21/11/2012 o PL em questão foi retirado de pauta, de ofício. O Tribunal Regional Federal da 1ª Região, com sede em Brasília, determinou, em 13 de agosto de 2012, que empresas do ramo alimentício devem informar aos consumidores a existência de organismos transgênicos na composição dos alimentos, independentemente de percentual ou qualquer outra condicionante. A decisão confirmou sentença anterior da Justiça Federal do DF, que havia determinado que a informação ficasse expressa nos rótulos e rejeitou os recursos da União e da Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA). A União e a ABIA recorreram ao TRF1 alegando que o Decreto 4.680/2003 determina que a exigência é válida só para alimentos que contenham organismos transgênicos acima do limite de 1% e que este limite é compatível com o interesse dos consumidores e com o desenvolvimento econômico e tecnológico do país. Outro argumento da associação é que o alimento transgênico aprovado para consumo pelo órgão competente não traz riscos à saúde. Segundo o Ministério Público Federal, “*a comunidade científica tem diferentes opiniões sobre riscos à saúde trazidos por alimentos transgênicos, exatamente por isso, sobressai o direito à informação*”, defendeu o procurador regional da República Nicolao Dino Neto. A 5ª turma do Tribunal rejeitou os recursos e acatou o parecer do MPF. Com isso, a União deverá obrigar as empresas a colocarem expressamente em seus rótulos a informação sobre existência de organismos transgênicos, até mesmo valores abaixo de 1%, além de tirar de circulação produtos que descumprem a determinação da Justiça. (Processo nº 2001.34.00.022280-6/DF). No entanto, ainda há o Projeto de Lei nº 4.148/2008, que se encontra em tramitação conforme citado anteriormente. Concluída a leitura do parecer, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** destacou que o Conselho Nacional de Segurança Alimentar – CONSEA iniciou movimento contra o Projeto e solicitou que o CNS também se manifestasse contrário à iniciativa. **Manifestações.** Conselheiro **Olympio Távora Correa** disse que não se sentia seguro para manifestar sua opinião acerca de uma questão técnica como aquela, sem subsídios. Conselheiro **Zan Mustacchi** explicou que ainda não há determinação sobre riscos de organismos geneticamente modificados em alimentos, todavia, defendeu que se deve garantir ao usuário o direito de saber se o produto contém essa substância. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou se a intenção é posicionar-se sobre o tema ou apenas marcar posição do Conselho. Para tomada de posição, sugeriu que fosse feito convite ao deputado, autor da proposta, para debater o tema no CNS, considerando, inclusive, a importância de estreitar a relação com o Congresso Nacional. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** concordou com a proposta de pautar o tema com convite ao deputado autor do PL. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** avaliou que a proposta de mudança na Lei nº. 11.105/2005 confronta dois interesses: de mercado e da proteção da vida. Defendeu que nesse e em outros debates a orientação para intervenção do CNS seja na defesa da vida. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** recordou se tratar de um informe e, como proposta, sugeriu pautar o tema no CNS, para manifestação. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** solicitou aparte para solicitar que as matérias que necessitam de manifestação e deliberação do CNS não sejam incluídas no item dos informes. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** sugeriu que o Plenário acatassem a matéria como informe e, diante das manifestações, pautasse para manifestação do CNS, com mais subsídios. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** avaliou que a questão dos transgênicos, assim como agrotóxicos, deve ser uma pauta permanente do CNS. Considerando o PL em tramitação do Congresso Nacional, defendeu que o CNS manifestasse posição contrária naquele momento. Conselheiro **Olympio Távora Correa** informou que no dia 21 de dezembro de 2012 o PL foi retirado, de ofício, de pauta da Câmara dos Deputados. Portanto, sugeriu pautar o Projeto no CNS, com urgência, para manifestação. Conselheiro **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** concordou com a proposta de pautar o tema no CNS e ressaltou que o direito à informação nos rótulos dos alimentos é uma questão de segurança alimentar. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que o debate se referia ao direito à informação nos rótulos dos alimentos e não especificamente aos transgênicos. Portanto, sugeriu que o CNS se manifestasse, por meio de moção, em defesa desse direito à informação e, posteriormente, pautasse debate sobre alimentos transgênicos. **Deliberação: nesse item, o Plenário decidiu: aprovar uma moção de apoio à garantia do direito à informação sobre a composição dos alimentos nos rótulos; e pautar debate no CNS sobre alimentos transgênicos.**

3) CONSULTA PÚBLICA N°. 19/2012 SOBRE A MINUTA DE PORTARIA QUE TRATA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITAL – Conselheira **Rosemeire Aparecida da Silva** explicou que o FENTAS, na última reunião, analisou a minuta de portaria colocada para Consulta Pública (nº 19/2012 – já encerrada), sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar e o conjunto de entidades integrantes do Fórum decidiu solicitar a intervenção do Plenário do CNS especificamente em relação ao artigo 7º, item I da referida minuta. Feito esse esclarecimento, passou a ler o documento elaborado pelo Fórum acerca do assunto. “O item I do artigo 7º da minuta, ao caracterizar o hospital público, abre sua gestão para terceiros, à iniciativa privada, portanto, ao fazê-lo, aponta uma direção para a política de saúde

727 com priorização para o setor privado, quando deveria propor, assim o entendemos, e em consonância
728 com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o oposto. Ou seja, o fortalecimento da rede pública, com
729 instituições públicas de direito público. Lembramos que tal incentivo, além de contrariar princípios da
730 administração pública, fragiliza o Sistema na medida em que o submete aos interesses, necessidades
731 e demandas coerentes com o lucro e não com o direito social e a política pública, fazendo do setor
732 público um mero refém da instituição privada. Nesse sentido, por diversas vezes o Conselho Nacional
733 de Saúde já se posicionou contrário ao processo de privatização de nosso sistema de saúde em
734 qualquer modalidade, referendada a sua decisão pela XIV Conferência Nacional de Saúde que assim
735 também o entendeu, sendo esta a expressão máxima da vontade e entendimento popular.
736 Reconhecemos a iniciativa da contratualização e regulação dos leitos e instituições privadas
737 contratadas pelo SUS e reafirmamos que tanto hospitais quanto os demais dispositivos da rede de
738 atenção devam ser públicos, fortalecendo a política nacional de saúde e a consolidação dos princípios
739 constitucionais. E, particularmente, com relação aos hospitais reafirmamos o desejo e o compromisso
740 de ampliar leitos e instituições superando a lacuna histórica de respostas públicas neste nível de
741 atenção. Ante ao exposto, sugerimos e solicitamos a exclusão da frase, em todos os níveis de gestão
742 do hospital público: "que pode ser administrado de forma direta ou por terceiros" e as demais
743 referências no texto que ensejam tal interpretação. Além disso, sugerimos que a minuta seja
744 devidamente apreciada pelas comissões do CNS, possibilitando assim o amplo debate sobre o
745 documento." **Manifestações.** Conselheiro **Olympio Távora D. Corrêa** informou que estavam em
746 análise pelo MS, além da minuta de Portaria que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar, a
747 que trata da contratualização dos prestadores de serviços filantrópicos e privados lucrativos (Consulta
748 Pública nº. 20). Como encaminhamento, sugeriu enviar o documento do FENTAS para o DAE/MS e a
749 SAS/MS, que são os órgãos responsáveis por trabalhar os resultados da consulta pública. No que se
750 refere ao mérito da minuta de Portaria, lembrou que a contratação do setor privado está prevista no art.
751 196 da Constituição Federal, portanto, não se trata de privatização, mas sim de prestação de serviço
752 mediante contrato e convênio. Também justificou que não pode participar de toda a atividade do
753 planejamento porque estava tentando resolver o problema dos prestadores de serviços de diálise de
754 municípios que tiveram mudança na prefeitura – Fortaleza, Curitiba, Belford Roxo, Salvador, entre
755 outras – e não receberam do governo o pagamento pelos serviços prestados, mesmo o recurso tendo
756 sido repassado aos gestores no início do ano. Lembrou que 90% dos pacientes são do SUS e a
757 suspensão dos serviços, por falta de pagamento, terá sérios prejuízos a essa população, podendo
758 acarretar óbitos. Por fim, frisou que a demonização do setor privado é um equívoco, pois esse setor
759 trabalha mediante contrato de direito público que, em muitos casos, não é cumprido pela direção
760 pública. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o documento do FENTAS não se
761 referia à restrição do setor privado, mas sim, defendia uma manifestação do CNS sobre a terceirização
762 (responsabilidade do Estado delegada a terceiro). Conselheira **Rosemeire Aparecida da Silva**
763 esclareceu que as entidades do FENTAS avaliaram que a portaria traz pontos interessantes, mas
764 causa preocupação pela possibilidade de, ao caracterizar o hospital público, abrir a gestão pública para
765 terceiros. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, considerando o encerramento
766 do prazo da consulta pública, sugeriu que fosse firmado um acordo político para garantir que a minuta
767 não fosse publicada até o debate no CNS no mês de março de 2012. Conselheira **Eliane Aparecida**
768 **da Cruz** endossou a proposta de pautar a minuta de Portaria no mês de março e debater também o
769 tema da regulação, lembrando que além do hospital privado, há outros hospitais com formatos
770 diferentes de gestão cujos leitos não estão abarcados pelo processo de regulação. Como
771 encaminhamento, **conselheiro Carlos Alberto Duarte** sugeriu pautar a minuta de Portaria na reunião
772 ordinária de março, com a presença dos Departamentos responsáveis por consolidar as contribuições
773 da consulta pública e considerando o documento do FENTAS. Com isso, deveria ser firmado
774 compromisso para que a Portaria não fosse publicada até o debate do tema no CNS. Conselheiro
775 **Ronald Ferreira dos Santos** propôs que o Plenário adotasse a mesma linha do encaminhamento
776 anterior: pautar o tema no mês de março e reafirmar o posicionamento do CNS contrário à
777 terceirização. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a manifestação do CNS não se referiria
778 apenas à minuta de portaria colocada em consulta pública, mas sim a todas que tratassesem do tema. A
779 seguir, houve algumas manifestações na tentativa de chegar a consenso. **Deliberação: o Plenário**
780 **decidiu pautar a minuta de Portaria na Reunião Ordinária do mês de abril (ao enviar o convite ao**
781 **Departamento do MS para essa pauta, encaminhar o documento do FENTAS, para**
782 **conhecimento).** Acordou-se ainda que a portaria será publicada somente após o debate no CNS.
783 **4) PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUIÇÃO - PEC Nº. 37/2011 - limita os poderes de**
784 **investigação do Ministério Público.** Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** informou, para
785 conhecimento, que a PEC nº. 37/2011 está em tramitação no Congresso Nacional e merece a
786 atenção do CNS porque restringe a atuação do MP, um importante aliado inclusive do controle social.
787 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** salientou que é preciso repensar a relação com o Congresso

Nacional, porque o CNS não consegue acompanhar os debates legislativos. **5) PROJETO DE LEI QUE PROÍBE A UTILIZAÇÃO DO METACRILATO E SILICONE LÍQUIDO EM CIRURGIAS ESTÉTICAS E NOTA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE** – Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** informou que está em tramitação na Câmara dos Deputados o PL que proíbe a utilização do metacrilato e silicone líquido em cirurgias estéticas e o Ministério da Saúde publicou nota técnica contra a proibição da utilização do metacrilato em cirurgias estéticas e a favor da proibição de silicone líquido nessas cirurgias. Como encaminhamento, sugeriu uma manifestação de apoio do CNS à nota técnica do MS.

6) INFORME SOBRE O DESMEMBRAMENTO DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, DA CÂMARA DOS DEPUTADOS EM DUAS COMISSÕES – O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, informou o Plenário sobre o desmembramento da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados em duas Comissões: uma de Saúde e uma de Seguridade Social. **Encaminhamento: pautar o tema na Mesa Diretora do CNS para definição de encaminhamentos acerca de agenda do CNS com o Congresso Nacional.**

7) INFORME SOBRE O 14º CONSELHO NACIONAL DE ENTIDADES DE BASE - CONEB DA UNIÃO BRASILEIRA DE ESTUDANTES - UNE - Conselheiro **Ubiratan Cassano** informou o Plenário sobre a realização do 14º CONEB da UNE realizado de 18 a 21 de janeiro de 2013, em Recife/PE, com o tema reforma universitária. Disse que o evento contou com a participação de 3.500 centros acadêmicos do país e mais de 5 mil estudantes na plenária final. Salientou que houve um debate importante sobre a saúde, com a presença da presidente do CNS e com o ministro Aloizio Mercadante. Como resultado, disse que foram aprovadas resoluções sobre temas diversos – conjuntura nacional, movimento estudantil, reforma sanitária, além de várias moções, e, como encaminhamento, solicitou que esses documentos fossem disponibilizados aos conselheiros. Acrescentou que após o CONEB foi realizada a bienal de cultura da UNE, com a participação de mais de 10 mil estudantes.

8) INFORME SOBRE O ENCONTRO NACIONAL DE MULHERES – Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) comunicou que será realizado, de 18 a 20 de março de 2013, em Brasília, um Encontro Nacional de Mulheres para avaliar e atualizar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Disse que a Área Técnica de Saúde da Mulher, responsável pela organização do evento, convidou a CISMU para participar do processo de organização e foram envolvidas a SEPPIR e a SEPM. Lembrou que a proposta foi aprovada anteriormente e estava sendo retomada por conta da importância. Também recuperou que o evento seria realizado, inclusive, em comemoração ao 8 de março – Dia Internacional da Mulher. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que não participará do evento e lembrou que a CISMU representa o CNS e o posicionamento dessa Comissão deve ser com base nas definições do CNS.

9) CONSULTA PÚBLICA N° 1, DE 31 DE JANEIRO DE 2013 - minuta de Portaria que aprova a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Autismo e suas Famílias no SUS – Conselheira **Marisa Furia Silva** lembrou que, após debate no CNS, o Plenário decidiu que a minuta de Portaria sobre a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Autismo e suas Famílias no SUS deveria ser colocada em consulta pública após debate na CISP. Todavia, no dia 31 de janeiro de 2013, o Ministério da Saúde colocou o documento em consulta pública (nº 1, de 31 de janeiro de 2013), contrariando a decisão do Plenário do CNS. Desse modo, a ABRA apresentou sugestões ao documento e a AMA de SP iniciou abaixo-assinado sobre as sugestões de alterações no documento "Linha de cuidado para atenção integral para pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde". Para conhecimento, fez uma síntese das sugestões da ABRA, com destaque para: o documento poderia ser mais sintético e objetivo; o histórico deve iniciar-se a partir de 1943; as pessoas com autismo devem ser atendidas na Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência; os adultos idosos com autismo devem ter atendimento garantido; garantia de transporte para as pessoas com autismo. Por fim, solicitou que os conselheiros participem da consulta pública e enviem sugestões.

10) INFORME SOBRE O MOVIMENTO SAÚDE + 10 - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que representantes do Movimento Saúde + 10 participarão da marcha nacional das Centrais Sindicais, com distribuição de material, no dia 6 de março. No final da tarde desse mesmo dia, às 17h, seria realizada a 3ª Plenária do Movimento para definição sobre o Ato Nacional em Defesa da Saúde Pública previsto para o dia 10 de abril.

11) COMISSÕES DO CNS - Conselheiro **José Eri de Medeiros** recuperou que a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do SUS/CNS realizou um evento macrorregional no Rio Grande do Sul, com a participação de 300 municípios sobre práticas integrativas. Como resultado, disse que recebera demandas de vários Estados solicitando apoio para realização de seminários sobre o tema, sem custo para o CNS. Sendo assim, perguntou qual a orientação do CNS a esse respeito. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do SUS/CNS se reúna, em caráter de urgência, para definir calendário de articulação com os Estados para a realização dos seminários. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, esclareceu que a Mesa Diretora do CNS, na sua próxima reunião, debaterá um calendário de reunião das Comissões e o tema será pauta da reunião ordinária do CNS do mês de março. Disse que o entendimento é que as

comissões se reúnam para elaborar o seu planejamento para três anos, a partir do planejamento do CNS e considerando as suas demandas específicas imediatas. Conselheiro **Renato Barros**, considerando a informação que o tema das comissões será pauta da próxima reunião do CNS, perguntou se será feita uma avaliação das comissões, inclusive de criação de novas comissões e recomposição das existentes. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a Mesa Diretora do CNS, com base nos debates do CNS, apresentaria uma proposta na reunião ordinária do mês de maio e clarificou, ainda, que as comissões não estavam proibidas de se reunir. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** esclareceu que ao longo de 2012 as comissões tiveram dificuldade para se reunir por conta de limitação financeira, inclusive. No mais, manifestou preocupação com a pauta da reunião ordinária do mês de março por conta dos vários temas previstos para serem debatidos. **INDICAÇÕES -** Os itens que requerem indicações de representantes do CNS serão encaminhados ao Fórum de Usuários e ao FENTAS para definição dos nomes. **ITEM 3 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – “O SUS E A FORMAÇÃO MÉDICA: EXPANSÃO E REGULAÇÃO”** - Apresentação: conselheiro **José Eri de Medeiros**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS; conselheiro **Mozart Júlio Tabosa Sales**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS; conselheiro **Fernando Antônio Menezes da Silva**, Secretário Adjunto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS; **Andréa de Faria Barros Andrade**, Diretora de Regulação da Educação/MEC; e conselheiro **Ubiratan Cassano**, representante da União Nacional dos Estudantes – UNE. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a Mesa Diretora do CNS pautou o tema como balanço do mês na saúde para que o Plenário conhecesse as últimas medidas do MEC e do MS relativas à expansão e regulação da formação médica e em resposta à recente notícia veiculada na mídia de prisão da chefe da UTI Geral do Hospital Evangélico de Curitiba, acusada de antecipar a morte de pacientes do SUS em UTI para dar lugar a pacientes com planos privados de saúde. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, na condição de coordenador adjunto da CIRH, explicou que a Comissão reúne-se mensalmente para debate sobre temas relacionados a recursos humanos e, entre as suas competências, está a análise de processos sobre a abertura, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos na área da saúde. Explicou que na última gestão a CIHR/CNS elaborou 757 pareceres sobre processos de abertura, renovação e reconhecimento de cursos da saúde e debateu temas importantes como educação popular em saúde e rotina de trabalho entre MEC e CIRH. Disse que a Comissão se reunirá na próxima semana para apreciar quinze processos e os pareceres serão apresentados na próxima reunião do CNS para deliberação. Informou, por fim, que a CIRH debateu a expansão e regulação da formação médica e entende tratar-se de um tema vital para atender as demandas da população brasileira. Conselheiro **Mozart Júlio Tabosa Sales**, Secretário da SGTES/MS, nas considerações iniciais, fez uma fala geral sobre o tema em pauta. Disse que ao longo de 2012 o Ministério da Saúde trabalhou no sentido de entender como se dava o processo de regulação do exercício das profissões, fundamentalmente da profissão Médica, por conta da situação de desequilíbrio na oferta e demanda do país. Explicou que essa situação é um fenômeno mundial e a OMS está realizando um debate sobre a carência de recursos humanos na profissão Médica e a oferta em regiões remotas e de maior vulnerabilidade social e econômica. Citou, por exemplo, que países com grau de desenvolvimento sanitário, econômico e social maior que o do Brasil, como Inglaterra e França, enfrentam dificuldades para prover médicos em determinadas regiões. Salientou que a capacidade do Estado de regular o processo de autorização, formação, provimento e oferta dos profissionais médicos é o que estabelece uma relação unificada no mundo. Disse que o Brasil, nas últimas décadas, não construiu planejamento e capacidade de intervenção que posicionasse o Estado, de forma efetiva, em relação a essa responsabilidade. Sendo assim, em 2012, o Ministério da Saúde trabalhou no sentido de reposicionar o processo de autorização de abertura de novos cursos, em diálogo com o MEC, e também sobre a formação de especialistas. Esclareceu que as Portarias do MEC nº. 2 e 3/2013 expressam o que foi construído entre os Ministérios da Saúde e da Educação e o que CNS estabeleceu nas suas resoluções (realidade e necessidade social e sanitária). Salientou que o MS buscou debater com o MEC a definição de algo que pudesse reordenar o processo de autorização e orientar o processo de reordenamento geográfico da oferta de cursos de Medicina no país. Frisou que está suspenso o recebimento de novos pedidos e os já existentes serão analisados sob uma nova lógica. Acrescentou que os processos serão analisados à luz dos interesses sanitários e vazios assistenciais de formação, considerando a capacidade do campo e a rede de saúde de prover um campo de prática necessário para a formação profissional na área Médica. Com isso, será definido onde serão abertas novas vagas para os cursos de Medicina. Salientou que esse processo indicará a necessidade de reforço das instituições do ponto de vista assistencial para que sejam priorizados como campo de prática para essa formação e reorientará a lógica e investimento. No mais, disse que a iniciativa está atrelada à obrigatoriedade da formação de residência e criação de residência médica, por entender que a residência é um fator que

910 contribui para fixação. Nesse sentido, citou o estudo do Migramed 2 - Observatório de Recursos
911 Humanos da Santa Casa de São Paulo que demonstrou que 64% dos alunos formados permanecem
912 no Estado onde cursaram a graduação e esse índice sobe para 85% ao agregar graduação e
913 residência. Após essas considerações iniciais, o secretário adjunto de gestão do trabalho e da
914 educação na saúde, **Fernando Antônio Menezes da Silva**, fez uma apresentação sobre o resultado
915 do trabalho conjunto entre MEC e MS. Começou explicando que o país possui um sistema complexo
916 em que a formação profissional ocorre predominantemente no ambiente de trabalho no setor público e
917 o Estado paga pela formação (graduação e residências) e não ordena ou regula pelas necessidades de
918 especialistas no sistema. Além disso, os processos de avaliação (do aparelho formador) não
919 discriminam o que é importante para o sistema de saúde e as associações de especialistas fazem o
920 papel do Estado, ao definir especialidades e quantos entram para treinamento. Acrescentou ainda que
921 as universidades do Estado são autônomas para definir onde e quando abrir um novo curso, seu perfil
922 e definir o número de vagas e os estados e municípios são os principais empregadores. Destacou que
923 os eixos da formação, definidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na
924 Área da Saúde (Resolução CNE/CES nº. 4, de 7/11/2000), estão em consonância com o que se tem de
925 mais avançado no país: 1) atenção à saúde; 2) tomada de decisões; 3) comunicação; 4) liderança; 5)
926 administração e gerenciamento; e 6) educação permanente. Por outro lado, o que ocorre na prática são
927 cursos que ainda promovem a especialização precoce na graduação e também na pós-graduação.
928 Além disso, salientou que os projetos de abertura de cursos (graduação e pós-graduação) são
929 espontâneos e o paradigma é o da unidade e não do Sistema. Também disse que há um padrão de
930 concentração de vagas e desigualdade na distribuição e existe uma desconexão entre as necessidades
931 do Sistema e o ofertado pelas instituições formadoras. Destacou que hoje as polêmicas são: número
932 de médicos – além da carência do número de médicos, há má distribuição; número de cursos de
933 medicina – o número de vagas de egressos é menor que a maioria dos países com características
934 similares; qualidade dos cursos existentes – inferência de qualidade utilizando unicamente a avaliação
935 do egresso; avaliação dos estudantes de medicina; e caráter terminal da formação na graduação.
936 Salientou que, resolvidas essas polêmicas, é preciso pensar em como promover a expansão da
937 formação. Explicou que, considerando o número de Médicos existentes e a projeção para atingir a
938 meta de 2,7 por mil habitantes (parâmetro britânico), seriam necessários mais 157 mil médicos no país.
939 Diante da inviabilidade de ter mais 157 mil médicos nesse momento, disse que seria necessário um
940 trabalho de reorganização, reestruturação, ordenação e regulação. Ainda sobre o número de
941 profissionais Médicos, destacou que não se deve utilizar a contagem numérica do registro
942 principalmente no Brasil onde um registro pode ter mais de um vínculo. Salientou que a situação
943 aponta para a seguinte reflexão: o que a formação tem a ver com o provimento de médicos?
944 Respondeu que o mundo aponta que a organização da formação tem resultado no provimento, mas o
945 Brasil trabalha com o entendimento contrário. Disse que, para trabalhar provimento e carência de
946 profissionais, é preciso trabalhar várias dimensões - intervenções educativas e regulatórias, incentivo
947 financeiro, gestão, ambiente e apoio social (o país já realiza ações). Destacou que a segunda reflexão
948 a ser feita é a seguinte: o que significa formação para nós? Nessa linha, apresentou as particularidades
949 do Brasil na formação de profissionais da saúde: entendimento precário do estoque e da distribuição
950 dos especialistas médicos no país, comparados com as necessidades presumidas dos cuidados de
951 saúde relacionados com as necessidades da população e do SUS; a definição das variáveis e
952 indicadores para a consolidação de um banco de dados a ser utilizado (ainda) está em construção para
953 o planejamento da força de trabalho; e instabilidade e multiplicidade dos vínculos de trabalho. Também
954 falou das particularidades do Brasil na integração entre gestão e formação de profissionais da saúde
955 com destaque para: desconexão entre formação e carreira; o status de especialista é atingido no início
956 da carreira (muito jovem); fragmentação excessiva do cuidado a saúde; e especialidades médicas em
957 excesso (54 por enquanto + 52 áreas de atuação). Destacou ainda o mercado de trabalho aquecido
958 para os profissionais Médicos (em 2012, número de postos de trabalho ultrapassa o número de
959 egressos, com aumento do salário) e, na Enfermagem, ocorre o processo inverso. Falou ainda sobre o
960 “falso debate” sobre o número de escolas médicas no país, destacando que o Brasil possui 196
961 escolas e a Inglaterra 24 escolas. Todavia, o país possui 17 mil vagas e o Reino Unido 6 mil e a
962 proporção de vagas no âmbito da cada escola é: Brasil – 86; e Reino Unido – 276. Ressaltou que esse
963 problema ocorre porque o Brasil abriu escolas no Brasil com número baixo de vagas, o que, em alguns
964 casos, foi necessário. De todo modo, salientou que é injusto contar número de escolas porque o
965 parâmetro utilizado no mundo não é esse. Também mostrou um quadro com o número de vagas de
966 ingressantes e número de médicos citando, por exemplo, o Estado do Tocantins que, apesar de grande
967 número de escolas, dispõe de poucos médicos. Nesse cenário, explicou que há Estados que formam
968 para outros e Estados mais atrativos que recebem egressos de outros locais. Destacou ainda Estados
969 com situação crítica combinando baixo número de médicos e baixo número de ingressantes (abaixo da
970 médica brasileira de 0,8%/10 mil ingressantes) como Maranhão, Bahia, Alagoas, Amapá, Goiás, Pará,

971 Pernambuco, Acre, entre outros. Também fez uma comparação da relação vaga de Ingressante/10.000
972 habitantes em diferentes países (2011), explicando que, no Brasil, o percentual de médicos
973 estrangeiros é irrelevante (1,79% com diplomas estrangeiros, sendo 65% de brasileiros que saem do
974 país e retornam; e estrangeiros com diplomas estrangeiros: 0,5) e a situação em outros países é
975 diferente: Estados Unidos: 25%; Inglaterra: 37%; Austrália: 22,8%; e Canadá: 17,9%. Salientou que
976 esses países possuem um mecanismo que o Brasil não dispõe, portanto, o quadro nacional se agrava
977 por isso – não há essa cultura. Apresentado esse panorama, passou a tratar do trabalho conjunto do
978 MS e MEC para contemplar as necessidades do Sistema no processo de formação. Explicou que esse
979 trabalho teve por referências e padrões: necessidades de saúde da população; diretrizes do SUS;
980 dados demográficos; e índices internacionais de cálculo para o dimensionamento da força de trabalho
981 e da formação. Além desses eixos, foram consideradas as diretrizes estabelecidas na Resolução do
982 CNS nº. 350, de 9 de junho de 2005. Disse que as Portarias do MEC nºs 2 e 3 visam resolver o
983 histórico e o volume de processos aguardando parecer e será publicada outra Portaria a respeito.
984 Detalhou são eixos de atuação: 1) melhoria da formação - formação de pós-graduação inicia-se no
985 serviço em um ano de aprendizagem na atenção básica; 2) elaboração de avaliação para assegurar a
986 qualidade do egresso; e 3) elaboração de critérios para a expansão do sistema formador. Também
987 destacou a proposta nova de obrigatoriedade da continuidade da formação: implementação de um ano
988 de formação na rede SUS, na Atenção Básica, após a graduação: realizado sob supervisão do Estado
989 na Região de Saúde e curso modular em Atenção Básica (EAD); implementação de um ano de
990 formação na rede SUS, na Atenção Básica, após a graduação: Pré-requisito para obtenção do registro
991 definitivo nos CRM, pré-requisito para a entrada no processo seletivo da Residência Médica, realizado
992 no estado onde se graduou, porém em município fora da sede do curso de medicina e avaliação
993 padrão que servira para como componente da seleção para a formação do especialista na Residência
994 Médica – o ENADE Progressivo. Frisou que relevância social e necessidade social são dimensões da
995 avaliação propostas pelo Ministério da Saúde, sendo: 1) relevância social: superação do desequilíbrio
996 da oferta de médicos: relação vaga de ingressante/10.000 habitantes e relação médico/1.000
997 habitantes; e coerência com as políticas públicas: regionalização e melhoria da qualidade na atenção
998 básica; 2) necessidade social: vazio de formação na graduação: distância em relação ao município com
999 curso de medicina mais próximo, disponibilidade e qualificação da rede de serviços para a formação:
1000 existência de hospital com 100 leitos no município sede do curso, existência e qualificação do pronto
1001 socorro, existência de unidade móvel de atendimento pré-hospital, existência de unidades de pronto
1002 atendimento, existência de centro de atendimento psicossocial, dimensionamento da rede de atenção à
1003 saúde: relação vaga de ingressante/nº de leitos na sede do curso - número total de leitos na sede do
1004 curso, relação vaga de ingressante/nº de leitos na Região de Saúde - número total de leitos na região
1005 de saúde, relação vaga de ingressante/nº equipes de Atenção Básica na sede do curso e na Região de
1006 Saúde - número de equipes na Atenção Básica na sede do curso e na Região de Saúde, formação do
1007 especialista - número de programas de residência médica nas áreas definidas pelas Diretrizes
1008 Nacionais Curriculares, relação vaga de ingressante/vaga de residência médica no Estado e relação
1009 vaga de ingressante/vaga de residência médica nos hospitais indicados como campos de prática.
1010 Também destacou que são premissas para a expansão de vagas no sistema formador (conforme
1011 constam da Portaria Normativa do MEC): 1) classificação dos estados em duas categorias para
1012 análise, com base na relação vaga de ingressante/10.000 habitantes; 2) classificação dos estados em
1013 duas categorias para análise, com base na relação médico/1.000 habitantes; 3) em municípios que na
1014 avaliação da relevância e necessidade social propostas pelo Ministério da Saúde apresentem
1015 capacidade de rede de serviços de saúde satisfatória; 4) considerar a expansão de vagas em
1016 municípios onde já existam cursos de medicina, desde que haja capacidade na rede, em estados com
1017 relação ingressantes/10.000 habitantes abaixo da média nacional; 5) análise das propostas
1018 remanescentes de abertura e ampliação utilizando os critérios das dimensões “relevância, necessidade
1019 social, viabilidade e mérito educacional”; e 6) expansão do sistema por meio de edital, obedecendo os
1020 critérios de elegibilidade de estados/municípios e regiões de saúde de acordo com as dimensões acima
1021 propostas, viabilidade e mérito educacional. Também explicou que a proposta para ampliação de
1022 vagas/novos cursos de medicina visa cobrir os vazios assistenciais e de formação, com a premissa de
1023 estados que apresentam relação vaga de ingressante/ 10.000 hab. menor que 1. Também mostrou
1024 uma simulação sobre a análise de processo relativo à ampliação da oferta de vagas em cursos de
1025 medicina para reiterar que a expectativa é diminuir a possibilidade de abrir escolas onde não há
1026 necessidade e iniciar o processo do Estado de indução com a qualidade necessária e currículos
1027 inovadores (a intenção não é replicar o modelo hospitalocêntrico). Por fim, citou o caso do município de
1028 Santarém onde foi aberto curso de Medicina e onde permaneceu apenas um profissional na cidade
1029 para destacar que a residência contribui para fixar o profissional. Nessa linha, ressaltou que há uma
1030 indução da ampliação de vagas atrelada à abertura de residência. A seguir, fez uso da palavra a
1031 diretora de Regulação da Educação/MEC, **Andréa de Faria Barros Andrade**, que iniciou manifestando

1032 a sua satisfação com o resultado do trabalho conjunto do Ministério da Saúde e Ministério da Educação
1033 na definição de procedimentos e padrões para o processo decisório de abertura de cursos de Medicina
1034 no Brasil. Explicou que a edição da Portaria é o primeiro passo para definição de uma política mais
1035 ousada, portanto, a norma merece avaliação e pode ser aperfeiçoada, se for o caso. Também destacou
1036 que é preciso rever situações equivocadas como adoção de instrumento único para avaliação de
1037 cursos. Disse que esse processo de trabalho permitiu chegar a conclusões como: a antiguidade do
1038 curso é o fator que mais incide na qualidade, sem correlação com o número de vagas. Salientou ainda
1039 que a edição da Portaria foi uma opção radical pela transparência, com definição de critérios claros
1040 para análise. Disse que o CNS é um espaço importante para avaliar as Portarias do MEC que
1041 externam a riqueza dos debates entre os dois Ministérios. Detalhou que a Portaria nº. 2/1023 é
1042 composta por sete capítulos que tratam dos documentos necessários à instrução processual, da
1043 admissibilidade do pedido de aumento de vagas, dos critérios para definição de vagas e do fluxo
1044 processual. Disse que a Portaria nº. 3/2013 estabelece os procedimentos de aditamento de atos
1045 regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por
1046 Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino. Finalizando,
1047 esclareceu que a norma é temporal – define critérios para análise dos processos que se encontram no
1048 MEC até 31 de janeiro de 2013. Portanto, o Ministério suspendeu o recebimento de pedidos de
1049 abertura de cursos. Acrescentou que a reabertura desse processo não se dará como antes (acatando
1050 da demanda de forma espontânea), mas sim mediante chamamento público, possibilitando critérios de
1051 indução com mais transparência e com possibilidade de comparação de propostas de abertura de
1052 cursos. Frisou, por fim, que falta ainda definir instrumento de avaliação (ENAD mais progressivo e
1053 sequencial) e de aprimoramento da residência Médica. O Secretário **Mozart Júlio Tabosa Sales**
1054 reforçou que os Ministérios da Saúde e da Educação trabalharam de forma conjunta nos últimos meses
1055 na construção dessas normas. Ressaltou ainda que o Estado é responsável pela formação profissional
1056 e, por essa razão, MS e MEC definiram critérios para iniciar a indução do processo formador.
1057 Conselheiro **José Eri de Medeiros**, representando o CONASEMS, começou destacando que o
1058 CONASEMS acolheu os novos secretários municipais de saúde e está promovendo debates com eles
1059 sobre temas importantes como a composição das equipes de saúde para atender nos municípios.
1060 Disse que a falta do profissional Médico é uma dificuldade concreta enfrentada pelos municípios e
1061 salientou que é preciso ter cuidado ao utilizar os dados disponíveis dos profissionais na definição de
1062 políticas (dados reais do número de profissionais formados e dos profissionais à disposição do
1063 Sistema). Explicou que está prevista a construção de mais de 100 UPAS nos próximos anos e, no
1064 mínimo, serão necessários mais 400 pediatras, por exemplo. Reiterou ainda que a regulação dos
1065 profissionais de saúde deve ser feita pelo Estado Brasileiro, considerando o art. 200 da Constituição
1066 Federal. Também defendeu que a residência Médica e Multiprofissional seja realizada em conjunto,
1067 com a participação da Comissão de Residência Médica e Residência Multiprofissional, que, no
1068 entendimento do CONASEMS, devem ser alocadas no Ministério da Saúde. Ressaltou ainda que é
1069 preciso estreitar o relacionamento do CNS com o CNE/MEC, com ampliação dos debates desses
1070 fóruns. A respeito da formação Médica, manifestou posição favorável do CONASEMS ao REVALIDA e
1071 ao movimento “Cadê o Médico?”, promovido pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP), que reivindica a
1072 contratação imediata de mais médicos para a saúde pública brasileira. Por fim, destacou que é preciso
1073 ampliar o debate sobre a residência multiprofissional e definir regras mais concretas para residência
1074 Médica. Conselheiro **Ubiratan Cassano**, representante da União Nacional dos Estudantes – UNE, fez
1075 uma fala pontuando entraves para avançar na formação médica e de outros profissionais da saúde.
1076 Começou ressaltando que é preciso definir qual é o Brasil desejável uma vez que o interior do Nordeste
1077 e as periferias das grandes capitais, por exemplo, estão desassistidos de profissionais médicos.
1078 Salientou que está clara a necessidade de mais médicos no Brasil e de reduzir a concentração desses
1079 profissionais nas grandes capitais (mais de 70% dos Médicos concentram-se na Região Sul e
1080 Sudeste). Também destacou que a fixação dos profissionais Médicos é fundamental e, para isso, é
1081 preciso colocar em prática dispositivos que contribuam nesse sentido. Entre eles, a instalação de mais
1082 universidades no interior do país e nas periferias, a definição de planos de carreira para os Médicos,
1083 definição de condições viáveis para instalação dos profissionais principalmente no interior e ampliação
1084 da residência. Inclusive, salientou que a proposta da Associação Nacional dos Pós-graduandos é a
1085 universalização da residência médica no país. Do ponto de vista da formação dos Médicos, disse que é
1086 preciso ter uma estratégia para formação no Brasil e a principal saída é a ampliação de vagas
1087 prioritariamente nas universidades públicas federais, com qualidade do ensino. Ressaltou que houve
1088 vitórias importantes no que diz respeito às universidades federais, mas o momento é de enfrentamento
1089 de problemas estruturais para ampliação dessas instituições de ensino. Disse que o movimento
1090 estudantil irá lutar para conclusão da ampliação das universidades federais de modo a assegurar que a
1091 população tenha uma formação digna na universidade pública brasileira. Também citou dados sobre a
1092 execução orçamentária do MEC para que o Plenário tivesse conhecimento desse panorama. Tendo em

vista a necessidade de ampliação do número de Médicos, defendeu a ampliação do PROVAB, que irá resolver a necessidade emergencial e a garantia que os estudantes brasileiros tenham responsabilidade com o Estado. Também salientou a importância de aproximar a formação dos estudantes com o conjunto da rede. No mais, avaliou que as novas regras para concessão do direito de abertura de novos cursos de Medicina possibilitará ao Estado interferir ainda mais nesse processo. Feitas essas manifestações, a Presidente do CNS abriu a palavra para manifestação da representação das entidades médicas e da representação da CIRH/CNS. Conselheiro **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, representante da Federação Nacional dos Médicos – FENAM, destacou que esse debate é essencial e não deve ser feito apenas à luz de denúncias sob investigação. Ratificou que é papel do Estado regular o provimento de profissionais de saúde e, portanto, essa questão deve ser debatida de forma ampla, mas com foco na Medicina, uma vez que faltam profissionais médicos no país, em especial nas periferias, no Norte e no Nordeste. Também ressaltou a importância da avaliação dos cursos de Medicina e demais cursos da saúde e da conexão da formação com as necessidades da Rede. No mais, frisou que, além de abrir cursos de Medicina em locais onde é preciso fixar médicos, é fundamental garantir a residência profissional. Reiterou, por fim, que a carreira é a única forma de prover profissionais de saúde, garantindo vínculo e condição de trabalho adequado, com concurso público e salário digno. Conselheira **Marisa Furia Silva**, representante da CIRH/CNS, fez um destaque, no que se refere a dimensões e indicadores da avaliação, ao item “disponibilidade e qualificação da rede de serviços para a formação” para propor a inclusão da rede dos Centros de Reabilitação para Pessoas com Deficiência. Disse que a Portaria nº. 793/2012 prevê a possibilidade de Centros de Reabilitação para Pessoas com Deficiência em várias partes do país. Sobre a fixação de profissionais, destacou que a carreira é fundamental e ponderou sobre a possibilidade de fixação por períodos, como ocorreu com profissionais engenheiros. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, recuperou que nos dias 19 e 20 de fevereiro o Plenário realizou o seu planejamento do CNS 2013-2015 com base nas competências desse órgão Colegiado, entre elas, participar de forma efetiva do processo de formulação de uma política de gestão do trabalho e educação em saúde. Disse que durante a atividade foram levantadas perguntas, algumas sem respostas e o objetivo é obtê-las nesses três anos de gestão, inclusive com a participação efetiva da SGTES e do MEC na CIRH e no Plenário do CNS. Entre os questionamentos levantados no planejamento, destacou, para reflexão: De fato, existe uma política de gestão do trabalho? Qual a competência do MEC nesse processo de gestão do trabalho e regulação do processo de formação e até onde vai a competência do Ministério da Saúde? Destacou que a fala do conselheiro Ubiratan Cassano nessa mesa foi aplaudida porque ressoa com o sentimento da população. Assim, perguntou qual a posição do governo em relação aos profissionais de saúde articulada com as necessidades de saúde. Frisou ainda que o debate não se esgotava naquele momento e seria continuado no âmbito da CIRH. Por fim, relatou duas situações extremas para mostrar a complexidade da situação a ser enfrentada. Disse que, na condição de representante da CONTAG, esteve em uma região rica do país cuja moeda de circulação é a soja e no debate com o gestor local sobre a necessidade de ter uma unidade de CEREST rural lhe foi dito que o profissional médico não aceitava trabalhar no local com o salário de R\$ 15.000,00 (o local possui uma unidade básica e uma UPA equipada). Em Roraima, no município de Rorainópolis, disse que o gestor afirmou que nenhuma prefeitura tinha condições de garantir um salário de R\$ 30.000,00, uma empregada doméstica, uma casa e combustível conforme exigido por profissional médico para atender no local. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** reconheceu como avanço a disposição do Estado de regulamentar a formação, todavia, disse que é preciso atenção para avançar e não retroceder. Nessa linha, apontou lacunas na forma proposta pelo MS e MEC, embora considere o movimento, no geral, positivo. Primeiro, disse que é preciso ter cuidado com as estatísticas e questionou que estatísticas dos cursos de residência sirvam de referência para justificar que a residência é o suficiente para fixar profissionais. Frisou que, para garantir a fixação, é preciso criar mecanismos de reforço para os estudantes das regiões onde serão criados cursos, para que possam se capacitar e ingressar no curso a ser criado. Nessa linha, concordou que a carreira também é necessária, mas sozinha não resolve o problema. Além disso, destacou que o critério municipal adotado serve para grandes municípios e não para os pequenos e as periferias, por exemplo. Sendo assim, avaliou que é preciso rever esse critério para evitar distorções e problemas políticos para o critério de regulação. Conselheiro **Livaldo Bento** interveio para informar que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná promoverá debate sobre a situação dos hospitais públicos e os terceirizados do Estado para maior conhecimento da situação no Estado. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que a ABEn, nos seus 86 anos de existência, tem trabalhado em prol da educação da enfermagem no Brasil e, nos últimos cinco anos, tem denunciado a explosão da abertura de cursos de Enfermagem no país. Disse que a educação em enfermagem está na UTI e, para ilustrar a gravidade, denunciou que hoje há 600 polos de educação a distância em enfermagem. Destacou que a ABEN tem solicitado ao MEC uma providência para resolver essa grave situação. Em

1154 relação aos números apresentados, explicou que estudo da Associação, realizado com as mesmas
1155 bases de dados apresentadas, mostrou o contrário: ao longo dos últimos cinco anos, foram fechados
1156 mais de 5 mil postos de trabalho de enfermagem e não houve reposição desses postos no mercado.
1157 Citou também o estudo realizado em Florianópolis que demonstrou o fechamento de 1.800 vagas de
1158 enfermeiros não contratados e utilização da estratégia de precarização do trabalho para substituição,
1159 com pagamento de plantões extras. Além disso, disse que estudo realizado em Minas Gerais,
1160 publicado no Caderno de Saúde Pública, apontou retração de 1.780 vagas (40% das vagas não foram
1161 preenchidas). Disse ainda que a Inglaterra possui 3.6 enfermeiros para cada médico e o Brasil possui
1162 menos de um enfermeiro para cada médico. Sendo assim, salientou que a situação da enfermagem é
1163 tão grave quanto à educação médica, com problemas de qualidade de ensino, de fixação, de
1164 distribuição dos profissionais (7 enfermeiros para cada 1.000 hab.) Diante desse quadro, concordou
1165 que é preciso ampliar a formação médica, mas também resolver os problemas da formação de outros
1166 profissionais da saúde. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz**, primeiro, questionou o porquê de pautar
1167 apenas a formação médica por entender que é preciso debater as questões relativas às demais
1168 profissões da saúde. Citou, por exemplo, que dados de 2009 apontam déficit de mais de 60% de
1169 fonoaudiólogos na Região Norte e mais de 50% na Região Nordeste. Nesse sentido, propôs ampliar a
1170 discussão contemplando as demais profissões da saúde. Também defendeu que a CIRH analise os
1171 processos de abertura, renovação e reconhecimento de todos os cursos da área da saúde e não
1172 apenas os de Odontologia, Medicina e Psicologia. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
1173 Presidente do CNS, esclareceu que o tema foi pautado em resposta à conjuntura (novas iniciativas do
1174 MEC e MS sobre expansão e regulação da formação médica e notícias veiculadas na mídia), todavia,
1175 não se reduz à questão médica. Ressaltou que a expectativa é que MEC e SGES contribuam de
1176 forma efetiva na CIRH e que a agenda seja recolocada para o Pleno para definição de uma Política de
1177 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Diante do número de inscritos e do avançado da hora, a
1178 Presidente do CNS consultou o Plenário sobre o encaminhamento. De um lado, foi proposta a
1179 suspensão do debate e retomada posteriormente, de forma mais ampliada. De outro, foi sugerido
1180 suspender e retomar após o almoço, mesmo com a impossibilidade da presença da representante do
1181 MEC. **Após manifestações, o Plenário decidiu, diante da exiguidade de tempo e da relevância do**
1182 **assunto, retomar essa pauta em outra oportunidade, de forma mais ampla, inclusive**
1183 **contemplando outras profissões da saúde.** Definido esse ponto, a Presidente do CNS agradeceu os
1184 convidados e suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta.
ITEM 4 – A SAÚDE E O CONTEXTO INTERNACIONAL - Apresentação: **Juliana Vieira Borges**
1185 **Vallini**, Assessora Técnica da Assessoria Internacional de Saúde – AISA/GM/MS; e **Valdevir Both**,
1186 Fórum Social Mundial. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
1187 A primeira expositora foi a Assessora Técnica da AISA/GM/MS, **Juliana Vieira Borges Vallini**, que
1188 começou agradecendo a oportunidade e justificando a ausência do assessor especial para assuntos
1189 internacionais que participava de uma reunião em Genebra. Na sua explanação, falou sobre a
1190 perspectiva internacional em saúde a partir dos objetivos estratégicos - orientação estratégica do
1191 Ministro da Saúde e o objetivo estratégico 14, que trata da perspectiva internacional no âmbito das
1192 ações do Ministério da Saúde. Também fez um enfoque sobre a participação do setor saúde nos foros
1193 internacionais, nas suas diversas perspectivas – multilateral, cooperação sul-sul e assistência
1194 humanitária e integração regional – e a agenda atual - próximos passos e posição do MS. Explicou que
1195 o objetivo estratégico nº. 14 trata da estratégia baseada em cinco pilares de trabalho: 1) cooperação
1196 internacional/assistência humanitária; 2) multilateralismo; 3) integração regional; 4) Complexo Industrial
1197 da Saúde; e 5) fortalecimento institucional. No que se refere à cooperação internacional/assistência
1198 humanitária, disse que se trata de uma cooperação horizontal e busca ser estruturante (diálogo com o
1199 país para saber as necessidades reais) e hoje há 116 projetos em curso, doações regulares e
1200 emergenciais (os países do Caribe, por exemplo, recebem uma quantidade de medicamentos
1201 antirretrovirais do Brasil) e projetos via Agência Brasileira de Cooperação - ABC/Ministério das
1202 Relações Exteriores e Termo de Cooperação Técnica – TCC/OPAS. Em relação ao multilateralismo,
1203 explicou que o Brasil acompanha uma gama substantiva de temas, sendo os principais: OMS (conselho
1204 executivo e assembleia mundial de saúde); OPAS; Pós 2015 (objetivos do desenvolvimento do milênio
1205 e objetivos de desenvolvimento sustentável – a agenda do ODM é inconclusa, porque muitos países
1206 não atingiram os objetivos e a discussão é o que será a partir de 2015); Conselho de DDHH, OCDE;
1207 cumprimento do Acordo Quadro do Tabaco; Organização Mundial do Comércio - OMC e Organização
1208 Mundial de Propriedade Intelectual –OMPI – temas relativos a acesso a medicamentos; BRICS –
1209 trabalhos com países Brasil, Índia, Rússia, China e África do Sul: em janeiro de 2013, foi pactuado
1210 plano de trabalho que permeia várias áreas, entre elas, vigilância epidemiológica, pesquisa e
1211 desenvolvimento; e CPLP – ações com países de Língua Portuguesa. Acerca da integração regional,
1212 destacou as ações com MERCOSUL, UNASUL, OTCA e trabalho com países de fronteira. No que se
1213 refere ao complexo industrial da saúde, explicou que a Assessoria acompanha as parcerias com outros
1214

países, a exemplo de Cuba, com reconhecimento da perspectiva multilateral e nas cooperações internacionais e defesa da garantia de acesso e sustentabilidade. A propósito do fortalecimento institucional, disse que será constituída Comissão Técnica para esse fim. Também detalhou as principais ações do Brasil e interlocutores: Roll Back Malaria; Stop TB Partnership; Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (PCB); UNITAID; Central de Compras de Medicamentos para Tuberculose, AIDS e Malária; GAVI; Conselhos do Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária; acompanhamento de Conferências, simpósios e congressos internacionais temáticos; interlocução com Agências de cooperação do Sistema das Nações Unidas (UNESCO, UNICEF, PNUD, UNFPA etc); interlocução com Agências de cooperação bilateral (CDC, USAID, DFID, GIZ, ANRS); interlocução com a sociedade civil Organizada: nacional e internacional como Fundação Bill e Melinda Gates, Fundação Clinton. Ressaltou que o país defende a necessidade de ações focalizadas, com aderência entre a agenda nacional e a internacional e metas e linhas de tempo realísticas. Detalhou que são princípios do governo brasileiro na cooperação sul-sul: horizontalidade; não condicionalidade; respeito às diversidades; solidariedade; sustentabilidade das ações; intercâmbio de responsabilidades e crescimento mútuo; e respeito aos povos. Reiterou que hoje são 116 projetos em acompanhamento na AISA, sendo 66 projetos na América Latina e Caribe - 33 na América do Sul, 20 na América Central e 13 no Caribe; 47 projetos na África - 31 na África Lusófona, 9 na África Anglófona e 7 na África Francófona; e 3 projetos na Ásia e Oriente Médio. Também mostrou um gráfico com percentual de doações por região geográfica no total de R\$ 6.906.502,38, explicando que se refere a medicamentos antirretrovirais e vacinas. Salientou que o projeto Tripartite Brasil-Cuba-Haiti é prioritário e contempla como ações: apoiar a recuperação e construção de quatro unidades hospitalares; contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias (30) e insumos de saúde; viabilizar bolsas para capacitar profissionais de saúde haitianos (mil agentes comunitários); apoiar a qualificação da gestão assistencial e de vigilância epidemiológica no Haiti (força tarefa – imunopreveníveis); apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti; apoiar execução de reforma, construção e inauguração de dois Laboratórios de Saúde Pública; realizar doação de cerca de 8 milhões de doses de vacinas (em 2012). Acrescentou que o valor da colaboração é US\$ 67.426.982,00. Por fim, apresentou a perspectiva internacional do Ministério da Saúde: a agenda internacional deve refletir a agenda nacional; posição internacional protagônica: evolução do SUS, respostas às demandas e busca de oportunidades (ex.: acesso a medicamentos e negligenciadas ou hipertensão; PDPs, novos medicamentos, incorporação de tecnologias, redução do custo); os compromissos internacionais firmados se refletem na realidade nacional (ex.: ODM); cooperação descentralizada: municípios, estados e sociedade civil como parceiros; e fortalecer a participação social nas discussões internacionais. A seguir, o representante do Fórum Social Mundial, **Valdevir Both**, fez uma fala sobre o cenário internacional a partir dos debates acumulados sobre a saúde no conceito da seguridade social. Antes de iniciar, explicou que também é integrante do Centro de Educação Popular – CEP, fundado em 1987, que tem por objetivo, entre outros, construir um processo de formação dos conselheiros para qualificar o processo de participação e controle social. Sobre o temário/agenda política, disse que, em 2010, o PIB global em termos reais foi dez vezes superior ao de 1950, representando aumento per capita de 260% (Relatório Bachelet). Por outro lado, disse que esse Relatório apontou, como dado relevante para análise do contexto, que estatísticas atuais mostram de forma eloquente o nível de pobreza e de privações sociais generalizadas. Cerca de 5,1 bilhões de pessoas, 75% da população mundial, não estão cobertas por um sistema adequado de seguridade social (OIT) e 1,4 bilhão de pessoas vivem com menos de US\$ 1,25 por dia (Banco Mundial). Ainda em relação ao contexto, fez um destaque para a “crise” econômica em 2008 e a opção pelo corte de direitos, “justificada pelo discurso da impossibilidade do financiamento” como saída. Ressaltou que esse discurso representa um retrocesso e explicita a crise dos acordos clássicos internacionais (direitos humanos, pactos,...). Disse que a resposta à crise deve ser a definição de uma agenda nova, com pisos de proteção social, discurso ampliado dos direitos humanos (universalização da seguridade social) e lógica da implementação com focalização e regionalização de pisos de proteção social. Ainda em relação contexto, disse que essa agenda, assumida por grande parte das instituições e organismos mundiais não dá margem para um debate estrutural. Portanto, o desafio é como compor debates e processos políticos mundiais e nacionais que possam resistir a essa lógica e imprimir avanços e não o inverso. Diante desse cenário, detalhou a agenda de eventos: FSMSSS – V Fórum nos dias 24 e 25 de março, em Tunís/Tunísia; Conferência Mundial - previsão 2014; e Conferência Nacional de Seguridade Social – previsão 2013. Ressaltou que o FSM e o FSMSSS devem ser espaços de resistência para definição de novos caminhos. Lembrou que, historicamente, o Brasil cumpriu papel importante no FSMSSS e o governo brasileiro tem apoiado a iniciativa. Disse que no início de janeiro será realizada reunião, em São Paulo, com entidades e movimentos para concluir a programa da atividade do Fórum. A respeito da Conferência Mundial, recuperou que na I conferência foi aprovada a realização da II Conferência, no Brasil, sendo necessário debater essa questão,

inclusive os custos. Além disso, lembrou que a I Conferência aprovou a realização de uma Conferência Nacional de Seguridade Social, inicialmente prevista para 2012, sendo necessário debate com governo e sociedade sobre a viabilidade de realizar essa atividade, o objetivo e os desafios. Lembrou que o CNS participou ativamente desse debate, inclusive no FSM e do FSMSSS e é preciso debater com sociedade e governo a realização dessas atividades. Destacou que o Brasil pode contribuir de forma efetiva no debate internacional, inclusive no contexto de países que estão reformulando a legislação e abdicando dos seus sistemas universais de saúde e na definição de uma agenda estrutural. Salientou que é preciso conhecer as dificuldades da seguridade social, mas sem defender como caminho a renúncia do que foi assegurado na Constituição Federal. **Manifestações.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou que o planejamento do CNS apontou a necessidade de uma leitura sobre o contexto nacional e internacional e a incidência no setor saúde. Lembrou que na reunião ordinária do mês de janeiro o Plenário debateu o contexto nacional, mas não foi possível debater o contexto internacional antes do planejamento. Ressaltou que é preciso analisar o contexto internacional e a incidência no setor saúde e o papel do CNS nesse cenário para além do FSM. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que o Brasil avançou mais que a média dos países no que se refere ao combate à pobreza, mas o aumento de renda não significou melhores condições de saúde para a população brasileira. Também disse que a diminuição de direitos sociais em países que aplicam 10 vezes mais recursos em áreas sociais que o Brasil, por causa das crises financeiras, por exemplo, tem impacto menor na população do que nos países que não asseguram direitos sociais mínimos como a África. Salientou que é preciso considerar esse aspecto para avaliar a abrangência do impacto nas áreas sociais que tem a diminuição de investimentos, que nem sempre coincide com o que os meios de comunicação veiculam. Ressaltou ainda que, de modo geral, os países diminuíram a mortalidade infantil por causas evitáveis, e disse que gostaria de entender melhor essa questão no contexto internacional. Perguntou, por fim, como o Brasil dialoga com os demais países sobre o não cumprimento do compromisso de eliminação de doenças com a hanseníase. Conselheira **Maria Cristhina Pedro Biz** lembrou que, em 2012, o CNS realizou uma roda de conversa no FSM, em Porto Alegre, e na oportunidade foi destacada a necessidade de interlocução, com criação de um GT – assistência, previdência e saúde – ou diálogo para tratar da seguridade social. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** destacou que é preciso retomar o encaminhado definido no FSM, em 2012, de realizar a conferência nacional de seguridade social em 2013. Também perguntou se há dados específicos sobre a reabilitação de pessoas com deficiência no que se refere à cooperação internacional. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou os expositores e perguntou a representante do MS sobre a situação do acesso, da qualidade serviços e da humanização em países com sistemas semelhantes ao brasileiro. Solicitou esclarecimentos também sobre a dimensão do uso do SUS por estrangeiros de países fronteiriços e como se dá o atendimento, qual é o custo e se há resarcimento. Salientou que o Brasil possui duas dívidas históricas, uma delas com a África e, nessa linha, perguntou qual a colaboração nacional com o povo africano e com o Haiti. Também manifestou sua preocupação com a sustentabilidade da previdência e seguridade social e quis saber como garantir esse direito no futuro. No mais, destacou que o BBC é um benefício da seguridade social importante, mas o limite ainda é pequeno em relação à demanda. Nessa linha, perguntou como garantir a inclusão daqueles não contemplados por esse benefício. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** salientou que é preciso compreender no contexto da crise internacional o critério duplo utilizado em relação aos recursos públicos, porque, com o surgimento da crise, os bancos tiveram desfalques expressivos, fruto da especulação e, como solução, um grande volume de recursos públicos foi transferido, gerando déficit público inédito na história da humanidade. Portanto, avaliou que a tentativa é descontar esse déficit público naqueles que recebem da previdência, que usam a saúde pública e a educação pública. Ressaltou que é preciso participar do debate internacional, porque, em que pese a posição acertada do país no primeiro momento da crise, a situação não está consolidada, haja vista o baixo PIB em 2012. Ressaltou que é preciso compreender o contexto internacional para se definir uma política que impeça a redução de direitos – da previdência, da saúde, da educação, entre outros e travar diálogo com outros países para encontrar saída que represente progresso e não retrocesso. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, primeiro, destacou a importância da participação no FSM e salientou a necessidade de se considerar a conjuntura do país onde será realizado o próximo (Tunis/Tunísia) para definição de pautas a serem tratadas na atividade. Disse que o Brasil encontra-se em nova fase de debate sobre inclusão social (para além das políticas de transferência de renda), contemplando temas como saúde e educação. Também defendeu que o Brasil retome a proposta do FSM de realizar, em 2013, uma conferência mundial sobre sistemas universais de saúde, por entender que contribuirá para o debate nacional e internacional. Avaliou que, nesse momento, o país deveria apresentar a experiência brasileira de democracia participativa para os demais países. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** disse que, ao avaliar a pauta, entendeu que os conselheiros teriam a oportunidade de debater como se dá a relação internacional da saúde no que diz respeito a alguns problemas.

1337 Salientou que seria necessário apresentar o cenário internacional, no que diz respeito à saúde, em
1338 relação às políticas de ciência e tecnologia. Também defendeu que no FSM seja promovido debate
1339 sobre a relação do Brasil com os países de fronteira e outros, além da questão das tecnologias. Disse
1340 ainda que é preciso desmistificar para outros países a ideia disseminada que o SUS é um sistema para
1341 pobres, lembrando inclusive que o Sistema brasileiro tem sido referência positiva para outros países.
1342 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que a sua preocupação referia-se ao que o Brasil debatia
1343 e defendia nos locais como os quais há multilateralismo como BRICS e CPLP. Perguntou, por exemplo,
1344 qual a posição do país em relação a AIDS, malária, tuberculose e a imagem defendida para definição
1345 de acordos de cooperação. Também manifestou sua preocupação com a construção das metas do
1346 milênio pós-2015 porque a saúde sofrerá restrição – exclusão das metas relativas a malária, AIDS e
1347 tuberculose, mesmo não tendo sido alcançadas. Também manifestou preocupação com o COAP, uma
1348 vez que será negociado no âmbito das comissões intergestores de acordo com as possibilidades
1349 regionais, o que pode prejudicar a integralidade, pois o direito passa a ser o mínimo naquele local.
1350 Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou qual a agenda e a posição do CNS no FSMS e quis saber
1351 quem irá compor a comitiva, custeada pelo governo, que participará da atividade. Conselheira **Maria**
1352 **do Espírito Santo Tavares dos Santos ("Santinha")** cumprimentou os expositores e chamou a
1353 atenção para a relação do tema com a atuação do CNS. Salientou que o tema é novo, assim como a
1354 discussão da segurança social, e deve ser pauta permanente do CNS, dada a sua importância.
1355 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que as explanações clarificam
1356 o papel do Brasil na cooperação internacional, mas não apontam a agenda política que interessa ao
1357 país. Nessa linha, disse que é preciso juntar as agendas e as iniciativas internacionais e definir uma
1358 dimensão mais estratégica. Ressaltou, por exemplo, que nos acordos ganham destaque metas
1359 específicas (AIDS, hanseníase e mortalidade materna) e não pautas mais amplas e determinantes da
1360 saúde como saneamento. No mais, disse que é preciso definir a agenda e a parceria que interessa ao
1361 CNS debater com a OPAS para além da transferência de recursos. Concordou que é preciso
1362 aprofundar o debate sobre as dificuldades enfrentadas pelos países com sistemas universais, por
1363 entender que terá incidência na agenda do Conselho. Além dessas questões, avaliou que o Brasil
1364 conseguiu ampliar a concepção de segurança para proteção social, apesar das contradições. Disse
1365 que parte das demandas por emprego foi resolvida, mas ainda há demandas acerca da educação, por
1366 exemplo. Ressaltou que é preciso definir se será mantida a concepção, essencial na década de 80, do
1367 tripé da segurança ou se deve ser ampliada. Salientou que a Presidente da República assumiu o
1368 compromisso de disponibilizar mais recurso para educação, mas não fez o mesmo em relação à saúde,
1369 o que aponta a necessidade de um debate. Sobre a delegação do Brasil para o FSM, disse que são
1370 cinco vagas, sendo uma para o CNS. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** cumprimentou os
1371 expositores pelas informações elucidativas e perguntou como o país se prepara para atender os
1372 estrangeiros durante grandes eventos no Brasil e o custo dessa assistência. Também reiterou a
1373 dificuldade enfrentada pelas crianças com necessidades especiais (de saúde ou educação) para ter
1374 acesso ao BPC – os laudos médicos são recusados – e salientou que é preciso aprofundar o debate a
1375 esse respeito. Por fim, defendeu que o CNS apresente uma agenda de debate no Fórum sobre a
1376 segurança social e a desigualdade entre os países que utilizam o modelo de segurança única.
1377 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, primeiro, cumprimentou os expositores e salientou a
1378 importância do trabalho da assessoria internacional de saúde. Salientou que a participação do Brasil no
1379 Fórum é de suma importância e sugeriu que as entidades custeiem a ida de representantes para a
1380 atividade. Também resgatou que em Belém foi acordada a realização da conferência de sistemas
1381 universais de saúde e é preciso recuperar essa proposta. Disse que ao participar do FSM no Senegal,
1382 com recursos próprios, participou de reunião com os estudantes de Língua Portuguesa da
1383 Universidade Federal de Dacar e muitas entidades da saúde se comprometeram a ajudar os jovens a
1384 realizar intercâmbio no Brasil, todavia, isso não foi feito até o momento. Nesse sentido, perguntou que
1385 se há relação governamental com o Senegal. No mais, indagou qual o critério de participação da
1386 delegação do Brasil na Assembleia anual da ONU e o que está proposto para a participação das
1387 entidades. Conselheira **Rosemeire Aparecida da Silva**, primeiro, perguntou se a AISA/GM/MS
1388 acompanha os termos de cooperação na área de saúde mental. Também informou que a América
1389 Latina possui um documento de 23 anos, Carta de Caracas, que propõe a mudança do modelo
1390 assistencial em saúde mental para o continente. Todavia, o Brasil é o único país no continente a ter
1391 uma política de Estado para a saúde mental e uma política de reforma psiquiátrica, configurando-se em
1392 uma referência para o mundo. Também perguntou como está o acordo de cooperação com o Equador
1393 e o Paraguai. Finalizando, sugeriu, em relação aos países de Língua Portuguesa, uma cooperação
1394 com Portugal, que possui a maior experiência de política pública para álcool e outras drogas. Por
1395 último, propôs que o CNS paute debate sobre os resultados da pesquisa, realizada pelo Centro
1396 Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/UNIFESP (Universidade Federal de
1397 São Paulo) sobre o consumo de drogas entre jovens (o estudo mostra, por exemplo, queda no

1398 consumo de crack e prevalência de drogas em outras taxas sociais). **Retorno da mesa.** A Assessora
1399 Técnica da AISA/GM/MS, **Juliana Vieira Borges Vallini**, disse que optou por uma apresentação geral
1400 sobre o tema, o que não significa que não há questões políticas que precisam ser debatidas de forma
1401 ampla. A respeito do Pós-2015, explicou que se trata de uma prioridade do Ministério da Saúde e está
1402 direcionado à discussão do SUS. Disse que a tendência é que a saúde tenha apenas um objetivo do
1403 milênio e o Brasil está lutando por manter três objetivos de saúde, sendo um deles os segmentos dos
1404 ODM que não foram atingidos pela maioria dos países. Destacou que o foco do Brasil é mortalidade
1405 materna e infantil, sistema público universal de saúde e expectativa de vida como componente
1406 importante, contemplando indicadores a serem trabalhados. Provocou o CNS a se inserir na agenda de
1407 forma proativa e contribuir nas discussões para conduzir a posição do país nos diferentes fóruns.
1408 Explicou que será publicada Portaria do MS instituindo GT para debate sobre o pós 2015 no qual está
1409 assegurada a participação do CNS. Ressaltou que hoje se enfrenta o desafio de garantir que a saúde
1410 permaneça na agenda internacional, portanto, é importante a participação da sociedade civil. Salientou
1411 ainda que a universalidade da cobertura é um ponto crucial e a bandeira do Brasil é a defesa dos
1412 direitos (“a saúde é um direito e um dever do Estado”). Esclareceu, ainda, que os determinantes sociais
1413 de saúde permeiam a agenda política estratégica internacional. Também destacou a reestruturação da
1414 Organização Mundial de Saúde que sofreu questionamentos de ingerência do setor privado, de
1415 financiamento equivocado e o país vem trabalhando essa questão. Frisou que a reforma da OMS,
1416 garantia de acesso são agendas que o país advoga de forma incisiva e a questão do pós-2015 é um
1417 tema de prioridade absoluta da agenda internacional do MS. Explicou que questões específicas como –
1418 álcool, obesidade, acidentes viários – também são tratados em caráter internacional e citou, por
1419 exemplo, que a OMS está debatendo doenças crônicas não transmissíveis e o MS está trabalhando um
1420 plano de ação. Disse que a OMS possui um plano específico para redução dos acidentes e o Brasil tem
1421 apresentado políticas públicas que estão sendo credenciadas como boas práticas. Esclareceu que o
1422 Brasil possui uma grande visibilidade no cenário internacional por conta do SUS e as especificidades
1423 do país também tem grande projeção. Salientou que também que a sociedade internacional tem
1424 clareza dos desafios do Brasil, mas, ao mesmo tempo, reconhece o esforço nacional. Em relação à
1425 hanseníase, disse que além do plano integrado da eliminação da hanseníase e outras doenças
1426 negligenciadas, será lançada campanha para detecção de mais de 9 milhões de escolares. No mais,
1427 informou que o país está debatendo com a OMS um plano para redução de iniquidades no caso da
1428 pessoa com deficiência. Sobre a cooperação, disse que o Brasil possui interlocução fluida com países
1429 com sistemas universais como o brasileiro, não sendo assim, as comparações ficam mais complexas,
1430 mas acontecem na medida que existe intercâmbio de informações. Citou o caso da parceria Brasil e
1431 Reino Unido para aprendizado sobre o programa saúde da família para implementação no País de
1432 Gales. Acerca da população de fronteiras, disse que é um direito serem atendidas pelo SUS e é
1433 complexo levantar custos. Todavia, salientou que o Brasil tem convênios de reciprocidade de
1434 atendimento com muitos países como o Chile. Também esclareceu que a maior parte dos recursos
1435 para cooperação internacional advém do Ministério das Relações Exteriores. Salientou a importância
1436 do diálogo com outros países e lembrou que o Brasil possui cooperação formal oficializada com
1437 Senegal. Além disso, há parcerias de cooperação para vinda de alunos para intercâmbio em
1438 instituições parceiras do MS. Sobre os eventos de massa, disse que o MS está inserido nesse cenário
1439 e será assegurada a assistência aos que necessitarem. Por fim, colocou a AISA/MS à disposição para
1440 aprofundar o debate em outros momentos e para estreitar o diálogo. O representante do Fórum Social
1441 Mundial, **Valdevir Both**, começou destacando que é fundamental debater o reflexo do cenário
1442 internacional na agenda nacional do país, como a crise da previdência. Disse que a intenção do Fórum
1443 é, no próximo período, avaliar o que foi construído no Brasil e os grandes desafios a serem enfrentados
1444 nos próximos anos. No que se refere ao debate da seguridade social, disse que é preciso trabalhar o
1445 viés da saúde em uma perspectiva mais ampliada. Explicou que, historicamente, o MS tem apoiado o
1446 FSM, mas na última e em relação à próxima edição houve dificuldades. Sendo assim, a delegação
1447 brasileira, que será custeada pelo MS, será composta por apenas cinco pessoas, sendo: Armando de
1448 Negri, do FSM; Eduardo Faiane, Prof. da UNICAMP; um representante da CUT, e um representante
1449 do CNS (indicativo: Presidente do CNS). Destacou que o Brasil deve debater no Fórum o tema da
1450 participação social na definição da política pública. Todavia, disse que é preciso considerar que o país
1451 tem enfrentado dificuldade em traduzir essa experiência brasileira para outros contextos. Salientou que
1452 é fundamental considerar o contexto da Tunísia nos debates do Fórum, além da agenda mais geral.
1453 Reiterou que o Fórum se reunirá no dia 1º de março, em São Paulo, para conclusão da convocatória e
1454 do tema e convidou os interessados a participar. Para além do Fórum, destacou a importância da
1455 Conferência, lembrando que a primeira foi chamada pela sociedade civil e pelo governo. Assim, a
1456 avaliação sobre a realização de uma segunda conferência mundial é fundamental – diferente da
1457 autonomia que as entidades possuem no FSM. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora
1458 do CNS, sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate: marcar novo encontro com a Assessoria

1459 Internacional de Saúde para maior detalhamento sobre a agenda Pós-2015; e construir, de forma
1460 conjunta, uma agenda de participação no Fórum Social Mundial. Conselheira **Eliane Aparecida da**
1461 **Cruz** disse que manteria contato com a AISA/GM/MS para monitorar a Portaria que irá constituir o GT
1462 para debater o pós-2015, entendendo que o CNS pode contribuir nesse debate. Também sugeriu que o
1463 CNS retome essa pauta após a realização do Fórum Social Mundial visando a definição de uma
1464 agenda política internacional do CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que o CNS
1465 elabore um documento sobre a constituição do Conselho Nacional de Saúde em vários idiomas -
1466 árabe, francês, português, espanhol – para distribuir no Fórum Social Mundial e abrir um canal de
1467 comunicação. O representante do Fórum Social Mundial, **Valdevir Both**, destacou que, além da
1468 delegação brasileira, custeada pelo governo, é importante que as entidades com condições custeiem a
1469 ida de representantes para o Fórum. Com esses acréscimos, conselheira Nelcy Ferreira da Silva
1470 colocou em apreciação os encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu: marcar novo**
1471 **encontro com a Assessoria Internacional de Saúde para maior detalhamento sobre a agenda**
1472 **Pós-2015; construir, de forma conjunta, uma agenda de participação no Fórum Social Mundial;**
1473 **retomar essa pauta após a realização do Fórum Social Mundial visando a definição de uma**
1474 **agenda política internacional do CNS; e distribuir no Fórum Social Mundial um documento sobre**
1475 **a constituição do Conselho Nacional de Saúde em vários idiomas - árabe, francês, português,**
1476 **espanhol - para abrir canal de comunicação.** **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar,
1477 conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 242ª Reunião Ordinária do
1478 CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no dia 21 de fevereiro de 2013: **Titulares** –
1479 **Arnaldo Gonçalves**, Força Sindical; **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos - UBC;
1480 **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cid Pimentel**, Ministério
1481 da Previdência Social; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de
1482 Celíacos do Brasil - FENACELBRA; **Clóvis A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil -
1483 CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde -
1484 UNIDAS; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia
1485 Brasileira - COIAB; **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do Trabalho e Emprego - MTE; **Fernando Luiz**
1486 **Eliotério**, Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM; **João Rodrigues Filho**,
1487 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1488 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil - CGTB; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de
1489 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1490 Ostomizados - ABRASO; **Maria Cristina Pedro Biz**, Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa;
1491 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
1492 Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1493 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS;
1494 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo - ABRA; **Nadir Francisco do Amaral**,
1495 Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes - FANAFAL; **Nelcy**
1496 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas - CFN; **Olympio Távora Derze Correa**,
1497 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS; **Patrícia Augusta**
1498 **Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de**
1499 **Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS; **Ronald Ferreira**
1500 **dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR; **Rosemeire Aparecida da Silva**,
1501 Conselho Federal de Psicologia - CFP; **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos
1502 da Confederação Espírita Pan-Americana - CEPA Brasil; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros
1503 pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes - UNE;
1504 **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das
1505 Associações de Síndrome de Down. **Suplentes** – **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação
1506 Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Andréa de Farias Barros Andrade**, Ministério da
1507 Educação – MEC; **Cristiano Gonzaga da Matta Machado**, Federação Nacional dos Médicos -
1508 FENAM; **Eurídice Ferreira de Almeida**, FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde
1509 (MS); **Fernanda Bevenutte** (nome social), Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA;
1510 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Antônio**
1511 **Menezes da Silva**, Ministério da Saúde; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores;
1512 **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM;
1513 **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Haroldo Jorge de Carvalho**
1514 **Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Evangelista Cabral**,
1515 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de
1516 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Livaldo Bento**, Movimento Popular de Saúde -
1517 MOPS; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1518 Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Mozart Júlio Tabosa Sales**, Ministério da Saúde;
1519 **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CF; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho

1520 Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; e **Wilen**
1521 **Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).