



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de setembro de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quadragésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, iniciou a sessão cumprimentando os presentes e os que acompanhavam a transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 249ª: **1)** Aprofundar o debate sobre o financiamento do SUS e os encaminhamentos do Movimento Saúde+10 no Congresso Nacional; **2)** Discutir a participação social nos conselhos e conferências, no contexto das mobilizações do mês de junho e da reforma política; **3)** Analisar o processo de regionalização e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP no país; **4)** Analisar e deliberar sobre a proposta de Norma Operacional da Resolução nº. 466/2013; **5)** Analisar e deliberar sobre a proposta de organização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; e **6)** Deliberar sobre os pareceres e encaminhamentos da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH. Em seguida, apresentou a pauta da reunião que recebeu duas sugestões de acréscimo: informe sobre a denúncia de desvio de recursos da saúde, veiculadas na mídia, com foco nas medidas adotadas pelo Ministério da Saúde a respeito (conselheiro **Clóvis Boufleur**); e informe sobre o Programa mais Médicos, com ênfase na revalidação de diplomas e importância de os médicos estrangeiros conhecerem a Língua Oficial do país (conselheira **Marisa Furia Silva**). **A pauta da reunião foi aprovada por unanimidade com os dois acréscimos: informe sobre o andamento do Programa mais Médicos e a respeito das denúncias de desvio de recursos da saúde, veiculadas na mídia. ITEM 2 – TEMA DO MÊS – SAÚDE + 10 E FINANCIAMENTO DO SUS - Apresentação:** Senador **Humberto Costa**; **Fausto Pereira dos Santos**, diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema - DRAC/MS; conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenação do Movimento Saúde +10. **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, coordenador do Movimento Nacional Saúde +10. Contextualizando, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o Movimento iniciou a fase mais difícil e complexa do processo: as negociações com o governo e com o parlamento sobre a proposta de mais recursos para saúde. Lembrou que o Movimento surgiu com o propósito de garantir mais recursos para o Sistema Único de Saúde, e, após amplo esforço das lideranças de organizações militantes de defesa do SUS, foram coletadas 2,2 milhões de assinaturas em favor do Projeto de Iniciativa Popular. Disse que essas assinaturas foram entregues junto com o PL de Iniciativa Popular ao Congresso Nacional, no dia 5 de agosto. Ao ser entregue à Câmara dos Deputados, o Projeto foi encaminhado à Comissão de Legislação Participativa, onde foi aprovado sob a forma do PL nº. 321/2013. Posteriormente, foi apensado ao projeto do Deputado Darcísio Perondi que trata do mesmo tema. Destacou também que lideranças do movimento entregaram requerimento ao Presidente da Câmara dos Deputados solicitando urgência na apreciação da proposta. Desse modo, disse que a intenção era definir os encaminhamentos do Movimento Saúde + 10 no Congresso Nacional. O Senador **Humberto Costa** iniciou a sua fala cumprimentando os presentes e agradecendo o convite para participar do debate. Na sua fala, explanou sobre a conjuntura de discussão do financiamento do Sistema de Saúde do Brasil. Recordou que a Comissão Temporária sobre o Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil foi criada a partir da aprovação do Requerimento nº 145, de 2012, com o objetivo principal de debater e propor soluções para o financiamento do Sistema de Saúde do Brasil, além de: a) identificar os principais gargalos no sistema de saúde, como os déficits em investimentos e custeios das áreas de atenção básica, hospitalar, de média e alta complexidade; b) analisar, também, os déficits assistenciais, como leitos e rede prestadora de média complexidade; c) avaliar a

56 quantidade (volume de recursos), em todos os níveis de gestão, e a qualidade dos recursos
57 alocados, bem como a forma como os entes federados vêm alocando os recursos financeiros
58 após a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e d) discutir o
59 funcionamento de alguns sistemas semelhantes implantados em outros países. Explicou que a
60 Comissão realizou cinco audiências públicas e as conclusões foram as seguintes: o SUS é
61 subfinanciado e a melhoria de gestão não é suficiente para solucionar os problemas de saúde
62 pública: é preciso investimento; o contingenciamento de recursos para a saúde e sua
63 corriqueira inscrição como restos a pagar afeta significativamente a administração da saúde
64 pública, especialmente nos municípios; o fim da CPMF trouxe muitos transtornos para a gestão
65 do SUS; o financiamento é uma preocupação permanente de todos os gestores envolvidos
66 com a construção do SUS; as estimativas mais otimistas dão conta de um déficit de, pelo
67 menos, R\$ 60 bilhões no financiamento do SUS (a saúde é a área que teve crescimento menor
68 em relação a outras áreas como educação); os municípios, segundo o SIOPS, gastam em
69 média 20% de seu orçamento em ações e serviços públicos de saúde, número bem maior que
70 o exigido pela Constituição Federal; e não há uma divisão clara de responsabilidades entre os
71 sistemas público e privado no Brasil. Ressaltou que, diante dessa situação e após amplo
72 debate, as sugestões eram as seguintes: 1) destinação de 10% da Receita Corrente Bruta da
73 União para o SUS; 2) revisão da concessão de renúncia fiscal para os gastos privados em
74 saúde e cessação de estímulos a planos de saúde; 3) definição da responsabilidade sanitária
75 dos gestores da saúde pública em todas as esferas de governo; 4) taxação das grandes
76 fortunas; 5) vinculação de 50% dos *royalties* do petróleo para o SUS; 6) ressarcimento efetivo,
77 pelas operadoras de planos de saúde, dos serviços prestados a seus beneficiários pelo SUS;
78 7) contrapartida ao SUS oferecida pelas entidades que se beneficiam de renúncias fiscais
79 geradas por gastos privados em saúde; 8) qualificação dos gestores públicos, para que haja a
80 otimização da aplicação dos recursos da saúde pública; 9) fomento de pesquisas acadêmicas
81 voltadas à obtenção de soluções para o problema do financiamento do SUS; 10) criação de um
82 modelo de seguro de saúde semelhante ao plano previdenciário VGBL, para que as pessoas
83 financiem, com antecedência, os custos da assistência a sua saúde na idade avançada; e 11)
84 substituição do ressarcimento pago ao SUS pelas operadoras de planos de saúde por
85 contribuição compulsória destinada a financiar fundos para urgências e emergências e para
86 transplantes. Destacou que a partir da apresentação do PL na Câmara dos Deputados tem sido
87 realizada mobilização pela tramitação naquela Casa. Lembrou que a proposta foi aprovada
88 pela Comissão de Legislação Participativa da Câmara e o movimento entregou o Projeto ao
89 presidente do Senado Federal, ao governo federal em reunião com quatro Ministros de Estado.
90 Como desdobramento desse encontro, recordou que foi constituído um GT, que se reuniu uma
91 vez, e na oportunidade o governo apresentou as dificuldades em relação à proposta. Após
92 esse primeiro encontro, não houve novas negociações e o grupo foi desfeito. Sendo assim,
93 ressaltou a necessidade de retomar essa discussão ainda que o governo tivesse uma opinião
94 diferente. Disse que a ideia era apresentar o relatório elaborado por ele em reunião naquela
95 tarde e destacou os pontos principais do documento. Explicou que, a partir das várias
96 discussões, a proposta era vinculação da receita corrente líquida por se tratar da forma mais
97 segura para evitar interpretações indecisas e também questionamento sobre a
98 inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal. Lembrou, inclusive, que já eram feitas
99 outras vinculações à receita corrente líquida – gasto máximo em pessoal, parcela destinada ao
100 pagamento de precatórios. Acrescentou que a intenção era estabelecer o montante equivalente
101 aos 10% da receita corrente bruta em termos de receita corrente líquida (aproximadamente
102 18,5%, o que corresponde a R\$ 44 bilhões a mais). Além disso, ressaltou que era preciso
103 planejar a aplicação desse recurso e, por essa razão, propôs um processo de transição.
104 Relatou que no dia anterior foi realizada reunião do governo com os líderes do Senado Federal
105 e, na oportunidade, o governo reconheceu o déficit, mas colocou limitação por conta da
106 inexistência de fonte. Nesse sentido, levantou possibilidades que seriam debatidas com os
107 líderes no Senado. Avaliou que, no caso da Câmara dos Deputados dos Deputados, a
108 possibilidade de aprovação era maior e, no caso do Senado Federal, mais difícil. Frisou ser
109 essencial manter a mobilização para alcançar o objetivo, uma vez que o governo declarou que
110 vetaria a proposta se não houvesse fonte. Por fim, disse que não poderia permanecer por
111 muito tempo por conta da reunião na Câmara dos Deputados. Conselheiro **André Luiz de**
112 **Oliveira**, primeiro, agradeceu a oportunidade de representar o Movimento naquele debate e
113 frisou a importância de refletir sobre a fala do senador e definir os próximos passos. Lembrou
114 que foi constituído um GT para debater o tema, mas não houve retorno do governo. Saliu
115 que o movimento necessitava de uma resposta à proposta de PL construída por consenso e

116 apresentada ao Congresso Nacional com mais de 2 milhões de assinaturas (hoje são 2,1
117 milhões assinaturas e outras estavam chegando, o que demonstrava o envolvimento e o apoio
118 popular). Por fim, disse que o governo, para demonstrar prioridade à saúde, deveria buscar
119 argumentos que assegurassem a efetivação da proposta. O diretor do DRAC/MS, **Fausto**
120 **Pereira dos Santos**, iniciou desculpando-se pelo atraso e cumprimentando os presentes.
121 Explicou que, após a entrega do Projeto ao Congresso Nacional, foi realizada reunião e, na
122 oportunidade, a área econômica apresentou um conjunto de dados sobre a questão fiscal do
123 país e a distribuição do orçamento da União, além de questões conceituais acerca do Projeto -
124 receita corrente bruta e necessidade de escalonamento. Como desdobramento, acordou-se
125 que o governo realizaria reuniões internas para definir uma contraproposta a ser apresentada
126 ao Movimento. Todavia, disse que o governo ainda não definiu uma contraproposta e, por essa
127 razão, não foram realizadas novas reuniões. Disse que o Ministério da Saúde tem realizado
128 reuniões, inclusive com a Presidência da República, para buscar alternativas, mas ainda não
129 havia resposta. No seu modo de ver, o CNS deveria fazer movimentos porque se aproximava o
130 momento da definição e a partilha dos recursos era tensionada e política. No caso do Ministério
131 da Saúde, disse que vinham sendo feitos os movimentos no campo que lhe cabia. Também
132 aproveitou para comentar as denúncias veiculadas no jornal Fantástico. Explicou que os casos
133 referiam-se a Autorizações de Internação Hospitalar - AIH relativas a 2008 e 2009 e, nesse
134 período, o Sistema rejeitou 7% das Autorizações. Saliou que as denúncias seriam
135 investigadas, mas clarificou que hoje o Sistema já coíbia procedimentos irregulares, a exemplo
136 de autorização para realizar partos em homens. Frisou que o Ministério da Saúde vinha
137 trabalhando para demonstrar a eficiência dos mecanismos de controle e gestão do SUS.
138 Saliou ainda que o Ministério participava de debates importantes como o relativo ao
139 orçamento impositivo (1% da receita corrente líquida) e realizava trabalho interno e fora para
140 demonstrar a importância de novos recursos e apontar formas de utilizá-los para interferir na
141 qualidade dos serviços de saúde. Por fim, disse que o Ministério da Saúde tem feito o que pôde
142 e faria o que pudesse para resolver essas e outras questões que interferissem no SUS.
143 **Manifestações.** Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, primeiro, saudou o Senador Humberto Costa
144 pela lealdade ao Movimento Saúde + 10 desde o início do processo. Lamentou a notícia da
145 falta de proposta do governo e reiterou a preocupação com o déficit de R\$ 60 milhões na
146 saúde. Também esclareceu que as AIH denunciadas pela mídia representam 0,003% das
147 Autorizações do país e as denúncias, da forma colocada, não serviam para fortalecer o
148 movimento e o SUS. Diante do cenário, avaliou que o CNS deveria defender a proposta de
149 10% das receitas correntes líquidas. Para melhor entendimento da situação, destacou os
150 seguintes dados do estudo realizado pelo professor Gilson Carvalho sobre os investimentos na
151 saúde em 2012: governo federal: 46% das despesas de saúde; Estados: 26% das despesas de
152 saúde; e Municípios: 29%. Acrescentou ainda que o valor do MAC transferido para Estados e
153 Municípios arcava apenas com 30% das despesas. Finalizando, ressaltou que era preciso
154 convencer o Congresso Nacional sobre a necessidade de votação urgente da proposta e trazer
155 prefeitos e governos para participar desse movimento a fim de fortalecê-lo. Conselheiro **Clóvis**
156 **Bouffleur** parabenizou o Movimento Saúde + 10 e concordou que era preciso definir nova
157 estratégia de mobilização. Também ponderou que a falta de controle da aplicação do recurso
158 público era um problema que não se restringia apenas à saúde (Ministério do Trabalho e outras
159 áreas de governo). Considerando a situação, propôs que CNS e MS iniciassem debate sobre a
160 definição de um número único para identificar o cidadão como uma forma de inibir fraudes, por
161 exemplo. No seu modo de ver, a declaração de nascido vivo poderia ser esse número único de
162 identificação, ao invés dos 15 números que cada brasileiro possui. Conselheiro **Luís Eugênio**
163 **Portela Fernandes de Souza** salientou que o foco deveria ser a tramitação do PL de iniciativa
164 popular e, nesse sentido, avaliou que o movimento social deveria retomar o processo de
165 mobilização em prol da aprovação urgente do Projeto, sem entrar no debate técnico. Destacou
166 que Conselhos Estaduais e Municipais, além de CONASS e CONASEMS, também deveriam
167 participar da movimentação por conta da capilaridade nos Estados e Municípios. Conselheiro
168 **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a presença dos coordenadores da Plenária Nacional de
169 Conselhos representantes de Sergipe, do Rio de Janeiro e do Ceará, além do representante do
170 FSMS Valdevir Both. Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou o senador pela fala que,
171 entre outras questões, apontou o impasse sobre o financiamento como uma das dificuldades
172 para o avanço do Sistema. Disse que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, a
173 Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, o Instituto de Direito Aplicado Sanitário -
174 IDISA, a Associação Brasileira de Economia da Saúde e a Associação Nacional do Ministério
175 Público de Defesa da Saúde - AMPASA lançaram nota destacando que o debate sobre receita

176 bruta e líquida não servia, uma vez que a defesa era por fontes fixas. Frisou que se buscava
177 uma transição para fortalecer e ampliar o SUS e o CNS deveria apontar como seriam gastos os
178 recursos. Também avaliou que a divulgação de denúncias sobre as AIHS fazia parte de uma
179 orquestração contra o SUS e, para melhor esclarecimento, perguntou de onde eram oriundas
180 as AIHS com irregularidades. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** começou saudando o
181 senador Humberto Costa pelo compromisso na defesa do SUS e avaliou que o problema do
182 país, além da falta de recursos, era a má distribuição orçamentária. Frisou que era preciso
183 realizar ação no grupo de economistas do governo para sensibilizá-lo sobre as necessidades
184 da saúde do país. No mais, ressaltou a necessidade de ação voltada à capacitação do
185 Movimento e do controle social para fiscalização como uma forma de evitar irregularidades no
186 Sistema. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** lembrou que a proposta de
187 distribuição dos royalties do petróleo, apreciada na Câmara dos Deputados, destinava R\$ 275
188 bilhões, ao longo de 10 anos, para a educação (3/4) e a saúde (1/4 para saúde) e, no Senado
189 Federal, após pressão da equipe econômica, foram aprovados R\$ 108 bilhões. Lembrou que o
190 projeto retornou à Câmara dos Deputados onde foram aprovados R\$ 210 bilhões em 10 anos e
191 o Projeto foi sancionado. Nesse contexto, disse que a luta por mais recursos não seria uma
192 tarefa fácil. Avaliou que o problema não se referia à falta de recurso, mas sim à decisão sobre
193 onde aplicá-lo e, para ilustrar, explicou que a cada 45 dias, a taxa de juros subia 0,5%, o que
194 significa R\$ 8 bilhões a mais para os bancos a cada 45 dias. Como consequência, destacou
195 PIB irrisório do país. Nesse contexto, disse que o único caminho seria a mobilização,
196 lembrando aos governantes que, em 2014, seria realizada eleição e informando a população
197 sobre as decisões adotadas. Conselheiro **José Wilson de Souza Gonçalves**, primeiro,
198 informou que foi realizado ato na Universidade de Brasília para receber os mais 200 médicos
199 cubanos e esses profissionais colocaram-se à disposição para prestar serviço de saúde de
200 qualidade e fortalecer o SUS. Também salientou a importância da presença do Senador, em
201 especial nesse momento conjuntural, entendendo tratar-se de uma forma de reconhecer o
202 papel importante do CNS. Em relação ao tema em pauta, apresentou as seguintes sugestões:
203 mobilizar os municípios com 200 mil habitantes para participar do movimento em defesa de
204 mais recursos para a saúde; e solicitar audiência com a Presidente da República para tratar da
205 pauta da saúde, com foco no Movimento Saúde + 10. **Retorno da mesa.** Senador **Humberto**
206 **Costa** agradeceu o convite para tratar do tema no CNS e, na condição de parlamentar e
207 relator, disse que envidaria esforços para atingir os objetivos colocados (no seu ponto de vista,
208 a divergência sobre receita bruta ou líquida era secundária). Ressaltou que os resultados
209 dependeriam da mobilização e disse que manteria o CNS informado sobre o debate (na
210 reunião, verificaria a posição da base do governo sobre a proposta). Por fim, agradeceu
211 novamente e colocou-se à disposição do CNS. O diretor do DRAC/MS, **Fausto Pereira dos**
212 **Santos**, fez uso da palavra para esclarecer algumas das questões colocadas pelos
213 conselheiros. Começou destacando que a identificação unívoca era importante para evitar
214 fraudes e distorções no Sistema. Nesse sentido, destacou que o Cartão SUS chegou a mais de
215 140 milhões de brasileiros, sendo gerado número a todos os nascidos vivos no país. Explicou
216 que o banco de dados da saúde caminhava para ser bastante robusto e fidedigno e daqui a um
217 tempo seria possível reivindicar do Ministério da Justiça identificação única do brasileiro. Sobre
218 as AIH denunciadas, disse que se referiam ao sistema público e ao privado e envolviam
219 problemas de faturamento e de erros no preenchimento. Acrescentou que se referem a
220 autorizações antigas (3 anos atrás) e, nesse período, foi possível avançar em muitos aspectos
221 no sistema. No mais, salientou que era preciso considerar que houve um crime (filtragem e
222 disponibilização de informações sigilosas e individualizadas por alguém que conhece o
223 Sistema) e pessoas foram expostas. Salientou que esse fato reforçava a necessidade de
224 proteger as informações dos indivíduos. Sobre o movimento por mais recursos para saúde,
225 lembrou que hoje estava assegurado 25% do pré-sal (escalonamento com valor expressivo em
226 2018 e ápice em 2022/2023). Destacou que a PLOA 2014, enviada ao Congresso Nacional, era
227 preocupante, uma vez que destina um montante para o MAC insuficiente para custear as ações
228 previstas de ampliação das redes de cuidado (R\$ 36,3 bilhões disponibilizados e seriam
229 necessários R\$ 37 bilhões). Sendo assim, mantida a situação, disse que não seria possível
230 cumprir o cronograma de ações discutido com o CNS. Frisou que o momento era de inflexão –
231 ambiente político favorável e momento econômico não favorável. Do ponto de vista da gestão
232 do SUS, disse que foi possível mostrar à sociedade um conjunto de proposições que podiam
233 ter impacto positivo na melhoria de vida das pessoas. Salientou que havia um conjunto de
234 fatores positivos e uma luta política importante a ser travada e o MS vinha envidando esforços
235 para assegurar que essa pauta fosse vitoriosa. Por fim, desculpou-se por não poder participar

236 até o final do debate em razão de atividade pré-definida. Conselheira **Maria do Socorro de**
237 **Souza**, Presidente do CNS, agradeceu a presença do diretor do DRAC e destacou que era
238 preciso pensar em uma pauta, com maior tempo, para debate de outras questões importantes.
239 No mais, disse que estava em diálogo com o DENASUS e o Conselho Nacional de Ministério
240 Público no sentido de articular controle interno e controle externo. Também informou que os
241 conselhos estaduais e municipais de saúde estavam se capacitando sobre a pauta do
242 financiamento, PMAC, COAP, Relatório de Gestão e havia um diálogo com as secretarias
243 estaduais e municipais de saúde para priorizar essas questões. O diretor do DRAC/MS, **Fausto**
244 **Pereira dos Santos**, colocou-se à disposição para apresentar ao CNS o Sistema de
245 Regulação, Controle e Avaliação - SIS RCA, em processo de discussão há mais de dois anos,
246 com grande esforço técnico. Disse que o Sistema contemplava seis módulos, trazendo
247 mudanças sobre a captação, processamento, modernização tecnológica e contratualização.
248 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** destacou que o cenário era preocupante - déficit do MAC;
249 insuficiência da rede de atenção; fechamento de leitos; crescente cobrança da população pelos
250 seus direitos reconhecidos; sem previsão de novos recursos; e déficit do orçamento 2013 da
251 saúde (previsão: R\$ 8 bilhões). Nesse contexto, perguntou, por exemplo, como debater a
252 definição de COAP sem recurso suficiente. O diretor do DRAC/MS, **Fausto Pereira dos**
253 **Santos**, ressaltou que o MS possuía espaço de negociação no Congresso Nacional sobre o
254 PLOA 2014 na linha de aumentar os recursos. Conselheiro **Richarlls Martins**, entendendo a
255 necessidade de saber qual a perspectiva do MS em relação a uma contraproposta, sugeriu que
256 o Plenário aprovasse uma recomendação cobrando do Ministério da Saúde uma posição oficial
257 sobre o PL Saúde+10. Conselheira **Júlia Maria Roland**, primeiro, lembrou que a pauta do
258 financiamento da saúde transformou-se em uma agenda nacional a partir das manifestações
259 iniciadas no mês de junho. Explicou que o governo federal, e não o MS, apresentaria uma
260 contraproposta em relação PL Saúde+10. Salientou que, diante das denúncias, era preciso
261 defender a ampliação de recursos para a saúde, além de melhorar a gestão e dinamizar o
262 Sistema. Ressaltou ainda ser necessário manter as ações de pressão na Câmara dos
263 Deputados para que a proposta fosse aprovada e, se fosse o caso, avaliar a pertinência de
264 propostas que por ventura surgirem. No mais, salientou a importância de debater quanto seria
265 destinado à saúde pública e ponderou que uma proposta progressiva de recursos também
266 seria viável, considerando o funcionamento da máquina pública nas três esferas de governo.
267 Conselheiro **André Luís de Oliveira** destacou que o movimento realizou um trabalho árduo e
268 profícuo e conseguiu colher mais de 2 milhões de assinaturas, enquanto o processo do ficha
269 limpa, por exemplo, conseguiu um pouco mais de 1,5 mi. Salientou que era preciso definir os
270 próximos passos e cobrar do governo uma resposta à proposta do movimento. Frisou que o
271 controle social deveria ser proativo e protagonista da realidade da saúde pública e, nessa linha,
272 defendeu a continuidade da mobilização, além da definição de outras estratégias de atuação.
273 Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** salientou que as falas apontam um consenso sobre a
274 necessidade de manter a mobilização, além da articulação com o Congresso Nacional e
275 Ministério da Saúde. No seu modo de ver, os representantes das entidades que compõem o
276 CNS deveriam levar a luta do movimento saúde + 10 para as suas pautas de reivindicação.
277 Além disso, sugeriu associar-se aos movimentos de rua para defesa do Projeto de modo a
278 assegurar que o Movimento vire bandeira popular. Também avaliou que a divulgação de
279 fraudes no jornal Fantástico foi feita em um momento apropriado àqueles que visam
280 enfraquecer o Movimento e o CNS deve chamar DENASUS e DATASUS para dar explicações.
281 Por fim, salientou que era preciso investigar os crimes envolvidos – vazamento de informações
282 sigilosas, falta de fiscalização das AIH irregulares e pagamento. Conselheiro **Renato Almeida**
283 **de Barros** ressaltou que a fala do senador apontou para a necessidade de ampliar os
284 movimentos de rua na linha de pressionar o Congresso Nacional a votar favoravelmente à
285 proposta. Todavia, disse que não se devia perder de vista os pontos de estrangulamento do
286 SUS e definir onde os recursos seriam aplicados – no seu modo de ver, priorizar a definição de
287 carreira que reestruture o SUS e a saúde pública, com foco na atenção básica. Conselheiro
288 **Eduardo Azeredo Costa** justificou que esteve ausente às reuniões do CNS por 5 meses
289 porque foi exonerado da Presidência da Fundacentro, contudo, decidiu participar da reunião
290 porque até aquele momento não havia sido indicado outro representante do Ministério do
291 Trabalho e Emprego. Desse modo, disse que não representava, nem falaria em nome do
292 Ministério do Trabalho e Emprego. Apontou como uma das incoerências do SUS, a ser
293 debatida, a existência de planos privados de saúde em áreas públicas, ou seja, trabalhadores
294 do setor público com planos privados de saúde. Além disso, salientou que outro ponto de
295 preocupação referia-se ao modelo assistencial com foco na alta complexidade. Ressaltou que

296 o país não criou um serviço nacional de saúde federado com carreira própria para os
297 servidores de saúde, o que trazia grandes dificuldades para o SUS. Elogiou o CNS pelo
298 trabalho e avaliou que o caminho era a reforma da reforma sanitária, com reformulação mais
299 profunda da saúde apoiada no movimento popular. O representante da plenária de
300 conselhos/SE, Fábio Costa, fortaleceu o discurso dos conselheiros sobre a necessidade de
301 ampliar a mobilização e informou que o Estado de Sergipe realizaria no final do mês uma
302 plenária de mobilização em prol do movimento saúde + 10 (confirmadas 600 pessoas), com a
303 presença de deputados e senadores. Convidou os conselheiros a participar da atividade e
304 frisou que atividades semelhantes ocorreriam em outros estados. Por fim, ressaltou que não se
305 deve enfraquecer a luta pelos 10% das receitas da União para a saúde. Conselheira **Denise**
306 **Rodrigues Eloí de Brito** solidarizou-se com o movimento e ressaltou a necessidade de
307 uniformizar o discurso com os movimentos de rua. Também lembrou que a autogestão em
308 saúde nasceu havia 70 anos por conta de lacunas no ambiente da oferta de saúde à população
309 e ainda estava presente porque permaneciam lacunas relativas a acesso e financiamento.
310 Também lembrou que a Constituição Federal previa a complementariedade ao Sistema Público
311 e seria necessário aprofundar o debate no CNS sobre como deveria ser essa
312 complementariedade. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** avaliou que existia uma crise
313 de representatividade do movimento social e era preciso fazer valer as deliberações do CNS,
314 que é a instância máxima de deliberação do SUS, inclusive como uma forma de fortalecer esse
315 movimento. Também salientou que o CNS deveria pautar a mídia para que fosse porta-voz dos
316 interesses da sociedade e não de grupos. Também salientou que as mulheres eram as que
317 mais sofriam na sociedade com a pobreza, a discriminação, a violência de gênero e, portanto,
318 necessitavam de olhar diferenciado. Conselheiro **José Wilson de Souza** interveio para
319 apresentar as seguintes sugestões: pautar debate sobre a formação dos profissionais da área
320 médica, envolvendo MS, MEC, Casa Civil com vistas a melhorar o acesso das pessoas a esses
321 cursos; e elaborar e divulgar manifesto das entidades em apoio à campanha do Movimento
322 Saúde + 10. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, manifestou
323 satisfação com o movimento construído e salientou os ganhos da ação política que vinha
324 sendo realizada, inclusive, no Congresso Nacional. Também ponderou que a falta de prioridade
325 dos governos no financiamento das políticas de proteção social não era um problema apenas
326 do Brasil. Salientou que o controle social defendia uma pauta de debate mais sistêmica tendo o
327 financiamento no centro e lamentou a falta de uma resposta do governo para a proposta de
328 mais recursos para a saúde. Ponderou que a destinação de emendas parlamentares para a
329 saúde era uma ação positiva, mas não uma solução do problema. Também disse que havia
330 debates importantes a serem travados, entre eles, qual era o padrão de universalidade do país
331 e as responsabilidades do setor público e do setor privado. Manifestou satisfação com a
332 mobilização dos conselhos estaduais em defesa do Movimento Saúde + 10 e destacou o
333 resultado positivo do encontro com os conselhos estaduais e a coordenação de plenária. Entre
334 as atividades de mobilização a serem realizadas, destacou a realização de semana de
335 mobilização – 5 a 11 de outubro – em defesa da proposta de mais recursos para saúde;
336 encontro com os movimentos sociais, centrais sindicais, governadores, assembleias
337 legislativas; e coletivas com a imprensa. Por fim, entre os ganhos do controle social, destacou
338 que foi histórica a manutenção dos vetos presidenciais ao projeto que define o ato médico.
339 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que era necessário manter as
340 mobilizações, com foco na urgência da votação do Projeto no Congresso Nacional. Informou
341 que a coordenação do Movimento reuniu-se com representação dos estados e entidades e
342 estabeleceu como estratégia a realização de campanha, com foco no financiamento, buscando
343 respostas a questões importantes como definição de carreira, qualificação da gestão. Também
344 lembrou que era preciso manter a pressão, recordando que o movimento das ruas e a
345 apresentação do Projeto de Iniciativa Popular asseguraram os 25% dos royalties do petróleo
346 para a saúde, além da destinação de emendas parlamentares para o setor. Por fim, sintetizou
347 as propostas colocadas durante o debate: renovar o Manifesto do Movimento Saúde+10;
348 realizar ação política no Congresso - entidades marquem reunião com o presidente da Câmara
349 dos Deputados para reforçar o pedido de urgência na votação do PL; semana de mobilização
350 com início no dia 5 de outubro - as entidades envolvidas no Movimento e que compõem o CNS
351 devem organizar manifestações e atividades nas cidades e capitais na defesa da urgência do
352 PL nº. 321/13 - Saúde+10; incluir a pauta do Movimento Saúde+10 nas atividades das
353 entidades nacionais. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** salientou que a sua preocupação desde o
354 início do processo era como efetivar o trabalho após a entrega das assinaturas. Diante do
355 cenário atual, defendeu que, nesse momento, o foco do Movimento fosse garantir mais

356 recursos para a saúde, a fim de não perder força. Avaliou ainda que seria necessário garantir
357 uma audiência do Movimento com a Presidente da República, lembrando a força desse
358 movimento que conseguiu colher mais de 2 milhões de assinaturas. Ressaltou que o
359 movimento possui duas etapas – a primeira, já vencida, era a coleta de assinaturas; a segunda,
360 manter a mobilização para convencimento dos parlamentares e dos gestores sobre a urgência
361 da votação da proposta. Sem desmerecer outras bandeiras da saúde, defendeu que o foco
362 fosse o financiamento, centrando esforços no movimento de rua e no Congresso Nacional.
363 Diante da fala do conselheiro, a mesa acrescentou os seguintes encaminhamentos: solicitar
364 audiência com a Presidente da República, Dilma Rousseff, para tratar do assunto; realizar ação
365 política no Congresso Nacional - entidades marquem reunião com o presidente da Câmara dos
366 Deputados para reforçar o pedido de urgência na votação do PL; dia 5 de outubro - as
367 entidades envolvidas no Movimento e que compõem o CNS devem organizar manifestações e
368 atividades nas cidades e capitais na defesa da urgência do PL 321/13 - Saúde+10; realizar, nos
369 dias 29 e 30 de outubro, Plenária Nacional Popular em defesa do SUS junto com a Plenária
370 Nacional de Conselheiros de Saúde. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** destacou a
371 importância das iniciativas e fez um destaque à proposta de mobilização, de 5 a 11 de outubro,
372 com a realização de iniciativas estaduais e atividade nacional no Congresso Nacional,
373 envolvendo as plenárias de conselhos, entidades nacionais e chamamento de CONASS e
374 CONASEMS. No mais, salientou que era preciso definir onde os recursos para a saúde seriam
375 aplicados e defendeu a definição de carreira para os trabalhadores do SUS. Conselheiro **André**
376 **Luiz de Oliveira** começou a sua fala lembrando que 10% das receitas da União representava
377 0,75% do PIB. Como encaminhamento, propôs que o CNS aprovasse uma resolução cobrando
378 do Governo Federal uma posição oficial sobre o PL Saúde+10, no que diz respeito à
379 possibilidade de financiamento de acordo com o Projeto de Lei de Iniciativa Popular,
380 protocolado na Câmara dos deputados, que defende 10% da Receita Corrente Bruta da União
381 para a saúde. Conselheiro **Jorge Marubo** explicou que o movimento indígena organizava-se
382 para realizar mobilização nacional, em Brasília, de 1º a 5 de outubro, em defesa da
383 Constituição Federal em razão do PL que propõe a alteração do art. 231 da Carta Magna.
384 Disse que nessa atividade seria feita mobilização em defesa da bandeira do Movimento Saúde
385 + 10. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu que o foco da mobilização fosse
386 mais recursos para a saúde (Saúde+10). Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** primeiro,
387 justificou que esteve ausente no início do debate porque estava representando o CNS no I
388 Seminário de Saúde do Trabalhador do SUS. Em seguida, apresentou a seguinte proposta da
389 Mesa Diretora do CNS: diante da dificuldade de financiamento para trazer representantes a
390 Brasília, propor às entidades que compõem o CNS a realização de mobilizações nos
391 municípios e nas capitais com data a ser definida. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
392 sintetizou os encaminhamentos apresentados até aquele momento: 1) renovar o Manifesto do
393 Movimento Saúde+10; 2) realizar ação política no Congresso - entidades marquem reunião
394 com o presidente da Câmara dos Deputados para reforçar o pedido de urgência na votação do
395 PL; 3) dia 5 de outubro - as entidades envolvidas no Movimento e que compõem o CNS devem
396 organizar manifestações e atividades nas cidades e capitais na defesa da urgência do PL
397 321/13 - Saúde+10; 4) realizar, de 5 a 11 de outubro, semana nacional de mobilização para o
398 Saúde+10; 5) realizar uma atividade (café da manhã) com parlamentares, na próxima Reunião
399 Ordinária do CNS, 9 ou 10 de outubro, com vistas a pressionar a tramitação do PL – Saúde+10
400 em regime de urgência; 6) realizar, nos dias 29 e 30 de outubro, Plenária Nacional Popular em
401 defesa do SUS junto com a Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde; 7) articular reunião
402 com o presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Henrique Alves, solicitando que o PL
403 seja tramitado em regime de urgência na Casa; 8) solicitar audiência com a Presidente da
404 República, Dilma Rousseff; e 9) elaborar uma resolução do CNS cobrando do Governo
405 Federal uma posição oficial sobre o PL Saúde+10, no que diz respeito à possibilidade do
406 financiamento de acordo com o pedido feito no Projeto de Lei de Iniciativa Popular protocolado
407 na Câmara dos deputados, 10% da Receita Corrente Bruta da União (responsáveis: Richarlls
408 Martins, Ronald dos Santos e André Luís). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
409 Presidente do CNS, reiterou que o foco da mobilização era o financiamento que trazia uma
410 agenda sistêmica de outros temas de interesse da saúde. Ressaltou que a mobilização era
411 tarefa de todas as entidades integrantes do CNS e, nesse sentido, propôs a definição de
412 comitês, composto por representantes de 3 ou 5 entidades, para fazer conversa corpo a corpo
413 no Congresso Nacional. Ponderou ainda que uma audiência com a Presidente da República
414 deveria ser solicitada após a aprovação do PL na Câmara dos Deputados. Por fim, propôs a
415 realização de vídeo conferência com os conselhos estaduais para definir agenda de

416 mobilização a ser realizada no dia 5 de outubro. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou as
417 seguintes propostas: realizar mobilização no dia 5 com atividade relacionada à saúde –
418 caminhada, passeio ciclístico; utilizar palavras de ordem no movimento como “voto zero para
419 os candidatos que não votarem a favor do Movimento Saúde + 10”; aprovar resolução do CNS
420 conclamando o MS a acelerar o processo de definição de número para identificação única do
421 cidadão brasileiro. Conselheiro **João Rodrigues Filho** informou que as confederações e
422 centrais se reuniram com o Deputado Henrique Alves e colocou-se à disposição para tratar da
423 pauta do financiamento nessa oportunidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** propôs
424 aos dirigentes das confederações e centrais que incorporem na pauta com a reunião com
425 Henrique Alves o reforço à necessidade da urgência na votação do PL. Conselheiro **Renato**
426 **Almeida de Barros** propôs a realização, nos dias 29 e 30 de outubro, de uma plenária
427 nacional popular em defesa do SUS junto com a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,
428 articulando também audiência com a Presidente da República, Dilma Rousseff. Sobre as
429 denúncias veiculadas na mídia, propôs que fosse pautado debate com a auditoria do SUS
430 sobre a estrutura necessária para realização do trabalho de fiscalização. O Secretário
431 Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, informou que a SE/CNS estava se organizando para
432 acompanhar a agenda da campanha de mobilização dos Estados e sugeriu que os
433 conselheiros também se dispusessem a acompanhar essas atividades estaduais. Também
434 informou que representantes do DENASUS e Ouvidoria participariam da próxima reunião da
435 Mesa Diretora do CNS para definir agenda de debate com o CNS. **Conselheiro Ronald**
436 **Ferreira dos Santos sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate, que foram**
437 **aprovados: 1) renovar o Manifesto do Movimento Saúde+10; 2) realizar ação política no**
438 **Congresso - entidades marquem reunião com o presidente da Câmara dos Deputados**
439 **para reforçar o pedido de urgência na votação do PL; 3) dia 5 de outubro - as entidades**
440 **envolvidas no Movimento e que compõem o CNS devem organizar manifestações e**
441 **atividades nas cidades e capitais na defesa da urgência do PL 321/13 - Saúde+10; 4)**
442 **realizar, de 5 a 11 de outubro, semana nacional de mobilização para o Saúde+10; 5)**
443 **realizar uma atividade (café da manhã) com parlamentares, na próxima RO do CNS, 9 ou**
444 **10 de outubro, com vistas a pressionar a tramitação do PL – Saúde+10 em regime de**
445 **urgência; 6) realizar, nos dias 29 e 30 de outubro, Plenária Nacional Popular em defesa**
446 **do SUS junto com a Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde, articulando também**
447 **audiência com a Presidente da República, Dilma Rousseff; 7) articular reunião com o**
448 **presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Henrique Alves, solicitando que o PL**
449 **seja tramitado em regime de urgência na Casa; 8) elaborar uma resolução do CNS**
450 **cobrando do Governo Federal uma posição oficial sobre o PL Saúde+10, no que diz**
451 **respeito à possibilidade do financiamento de acordo com o pedido feito no Projeto de**
452 **Lei de Iniciativa Popular protocolado na Câmara dos deputados, 10% da Receita**
453 **Corrente Bruta da União (responsáveis: Richarlls Martins, Ronald dos Santos e André**
454 **Luís); 9) elaborar uma resolução conclamando o MS a acelerar o processo de definição**
455 **de número para identificação única do cidadão brasileiro. Responsável: Clóvis Boufleur**
456 **(pautar na próxima reunião).** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** informou que o
457 senador **Pedro Simon** apresentou proposta de identificação única do cidadão brasileiro e
458 sugeriu que seja feita articulação com o parlamentar. Acordou-se que, após a aprovação, a
459 resolução será encaminhada ao senador. Com essa definição, a mesa encerrou a manhã do
460 primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 –**
461 **PARTICIPAÇÃO SOCIAL E REFORMA POLÍTICA- Apresentação: Marcelo Pires Mendonça,**
462 **Coordenador Geral de Mecanismos Formais de Participação Social – Presidência da**
463 **República; Bruno de Oliveira Reis, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Juventude -**
464 **CONJUVE; Márcio Florentino Pereira, Secretário Executivo do CNS; Indira Ernesto**
465 **Quaresma, Vice-Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do**
466 **Brasil DF. Coordenação: conselheiro Geordeci Menezes de Souza, Mesa Diretora do CNS.**
467 **Contextualizando, o coordenador da mesa explicou que o tema foi pautado em função das**
468 **mobilizações que ocorriam no país e dos debates sobre a reforma política no Congresso**
469 **Nacional. O primeiro convidado a expor sobre o tema foi o coordenador Marcelo Pires**
470 **Mendonça** que iniciou agradecendo a oportunidade de debater o tema no CNS, pela
471 relevância do Colegiado. Registrou a distribuição de material aos conselheiros - livro “Guia dos
472 Conselhos Nacionais” e folder das conferências nacionais previstas para 2013 e 2014 - e a
473 disponibilização de documentos - minuta de Decreto que institui a Política Nacional de
474 Participação Social – PNPS; minuta do compromisso nacional pela participação social; e
475 minuta de norma técnica sobre órgãos colegiados e inquietações para debate. Explicou que o

476 país aguardava o processo de reforma política, acelerado pelas manifestações de rua e, nesse
477 contexto, era necessário debater as questões que envolvem os mecanismos formais de
478 participação social – conselhos, conferências, audiências públicas, ouvidorias. Disse que o
479 CONANDA, assim como outros conselhos relevantes, iniciou debate sobre a reforma política.
480 No contexto da participação, explicou que a primeira questão a ser considerada referia-se aos
481 conselhos nacionais. Explicou que era preciso debater o conceito, uma vez que havia várias
482 definições em uso acerca do que se entende por conselhos. Explicou que o IPEA elaborou uma
483 publicação sistematizando 26 processos de pesquisa dos conselhos nacionais (os conselhos
484 nacionais vistos pelos seus conselheiros) e, entre as questões levantadas, destacou: a
485 necessidade de ampliar a representatividade; incidência do Conselho sobre o governo;
486 importância de melhorar a estrutura organizacional dos conselhos; necessidade de melhorar a
487 qualidade das discussões; os conselheiros se consideram representantes das bases e a
488 relação representante/representado é efetiva; é preciso discutir a composição dos conselhos;
489 os conselheiros representantes da sociedade civil são comprometidos com o seu conselho; em
490 alguns conselhos, a linguagem técnica não é compreensível; a existência do conselho
491 representa um avanço para a democracia brasileira uma vez que representa um canal de
492 diálogo entre a sociedade civil e o poder público; é necessário melhorar a comunicação e
493 divulgação dos debates e decisões dos conselhos nacionais com os conselhos estaduais e
494 municipais e as bases; estrutura e funcionamento – no que se refere ao administrativo e
495 financeiro, todos os conselhos consideram um sério problema e solicitam mais reuniões com
496 maior duração; os conselheiros da sociedade civil consideram pouca a participação dos
497 representantes do poder público nos conselhos (várias ações estão sendo tomadas para
498 resolver esse problema); a influência política dos conselhos é interessante; é pequena a
499 articulação entre os segmentos que compõem os conselhos. Considerando as questões
500 levantadas, apresentou questões para reflexão e debate do Plenário. Propôs que o CNS e
501 outros conselhos criassem um GT para discutir a definição de uma Política Nacional de
502 Participação Social. Além disso, ressaltou que era preciso definir formato de estrutura
503 organizacional para os 35 conselhos nacionais existentes que garantisse um fluxo de debate e
504 resoluções efetivas. Destacou também que os conselhos deveriam qualificar os processos de
505 escolha dos representantes da sociedade civil. Sobre a capacitação de conselheiros, disse que
506 era possível ter um programa nacional amplo que servisse para todos os Conselhos, com
507 linguagem acessível. Sobre a comunicação, colocou os seguintes questionamentos para
508 reflexão: É possível ampliar a aproximação dos conselhos com as bases? É possível discutir
509 relação mais efetiva com o Congresso Nacional? É possível trazer as comissões temáticas da
510 Câmara dos Deputados para debate interno nos conselhos nacionais? É possível que
511 conselhos com grande representatividade como CNS, CONSEA, CONANDA contribuam com
512 outros conselhos? Em relação às conferências nacionais, perguntou como aproveitar melhor e
513 mais esses espaços. Finalizando, disse que a ideia foi apontar questões para serem debatidas
514 pelo Plenário e colher sugestões a serem debatidas na Presidência. Por fim, disse que o
515 objetivo era ter uma Política Nacional de Participação Social – Política de Estado e não de
516 governo – assegurando a participação social como método. Em seguida, explanou sobre o
517 tema a Vice-Presidente da Comissão de Direitos Humanos/OAB/DF, **Indira Ernesto**
518 **Quaresma**, que iniciou agradecendo, em nome do Presidente da OAB, a oportunidade de
519 participar do debate. Salientou que participação popular era princípio fundamental do Estado e
520 inaugurava a Constituição da República do Brasil (art. 1º, Par. Único). Destacou que essa
521 participação materializava-se de diversas formas, sendo uma das mais eficazes o exercício da
522 soberania popular mediante iniciativa popular. Salientou que a OAB, comprometida com a
523 sociedade brasileira, tem sido partícipe de uma série de iniciativas da sociedade que, levadas
524 ao Congresso Nacional, foram convertidas em lei – sendo a mais atual, a Lei da Ficha Limpa.
525 Destacou também que a OAB também se uniu a outras entidades e iniciou o Movimento
526 Nacional em Defesa da Saúde Pública. Avaliou que havia um sentimento geral na sociedade
527 brasileira de que as coisas não iam bem e algumas questões não eram mais aceitáveis no
528 atual estágio de evolução. Ressaltou que a série de manifestações populares ocorridas em
529 junho de 2013 refletia a insatisfação da população com a incompatibilidade entre a situação
530 econômica do Brasil e a qualidade de seus serviços públicos. Salientou que via com bons olhos
531 o movimento social organizado, com o objetivo definido de alterar leis ou estado das coisas,
532 porque demonstrava amadurecimento da democracia. Destacou que o Movimento Saúde +10
533 colheu quase 2 milhões de assinaturas e, após a entrega do Projeto ao Congresso Nacional,
534 iniciou-se a etapa de acompanhamento da conversão desse projeto em lei e, posteriormente, a
535 efetiva aplicação. Disse que, segundo o Presidente da OAB, o Estado Brasileiro era

536 inconstitucional quando o assunto era saúde, pois não cumpria a principal função determinada
537 pela Constituição Federal que era a proteção da população. Para se “constitucionalizar”,
538 explicou que o Brasil precisaria aprovar o PL, sendo necessário manter a mobilização, mesmo
539 após a aprovação, a fim de garantir a implementação da Lei. Quanto à reforma política, disse
540 que havia muito a aprender: sobre como se manifestar e a política sobre como se comportar.
541 Disse que a OAB estava empenhada para que houvesse uma reforma política profunda no
542 país, uma vez que o ápice da maturidade enquanto sociedade democrática passava por essa
543 reforma – do sistema eleitoral, da participação popular, da participação dos conselhos...
544 Ressaltou que a Ordem participava dos movimentos em prol da mudança, quase sempre na
545 posição de liderança, e citou, por exemplo, que encampou o movimento contra a corrupção que
546 resultou na Lei da Ficha Limpa. Todavia, avaliou que era preciso avançar ainda mais acerca da
547 participação popular e da existência de conselhos representativos em todas as esferas.
548 Encerrou a sua fala citando Nelson Mandela: “Nascemos para manifestar a glória do Universo
549 que está dentro de nós. Não está apenas em um de nós: está em todos nós. E conforme
550 deixamos nossa própria luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas permissão
551 para fazer o mesmo. E conforme nos libertamos do nosso medo, nossa presença,
552 automaticamente, libera os outros”. Em seguida, explicou o Secretário Executivo do
553 CONJUVE, **Bruno de Oliveira Reis**, que iniciou manifestando sua satisfação em participar do
554 debate no CNS haja vista o papel de vanguarda desse Conselho. Disse que o CONJUVE foi
555 instituído em 2005, junto com a Política Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional da
556 Juventude, ligado à Secretaria Geral da Presidência. Ressaltou que no mês de agosto foi
557 aprovado o Estatuto da juventude e estava em debate o papel dos conselhos. Avaliou que as
558 manifestações de junho de 2013 foi o primeiro grande ciclo de mobilizações de massa que a
559 atual geração de jovens participou; ou seja, trata-se do primeiro processo de mobilização da
560 nova geração. Lembrou que mais de 1/4 da população brasileira era composta por jovens (50
561 milhões), o que impactava no debate sobre a participação política. Disse que as manifestações
562 desmistificaram senso comum como a ideia de que a população, em especial os jovens, era
563 apática e desinteressada em participar da política, de um modo geral. Salientou que, para os
564 jovens, a política era um caminho importante para mudar a realidade, mas havia uma crítica
565 aos instrumentos clássicos de participação política. Além disso, as manifestações
566 desmistificaram o mito, construído pelo senso comum, de que a juventude era naturalmente de
567 esquerda ou progressista. Ressaltou que o momento era histórico para debater a reforma
568 política e a participação social uma vez que no mês de outubro comemorava-se 25 anos da
569 Constituição Federal. Recordou, inclusive, que a reforma política foi uma das bandeiras das
570 mobilizações de rua como também a defesa de uma nova política. Também salientou que as
571 manifestações modificaram a pauta política relacionada aos jovens no Parlamento – antes a
572 pauta referia-se à redução da maioridade penal, toque de recolher, internação compulsória,
573 aumento do tempo de internação no sistema socioeducativo. Frisou ainda que os conselhos
574 nacionais estão refletindo sobre como engajar-se no processo de mobilização em prol da reforma
575 política. Avaliou que esse debate não poderia reduzir-se à reforma eleitoral, mas abranger uma
576 reforma do poder político, sendo necessárias mudanças fundamentais em relação a
577 financiamento público de campanha, fidelidade partidária, controle social da política. Além
578 disso, salientou que era preciso debater as exigências em relação a projetos de lei de iniciativa
579 popular, plebiscito, referendo e definir formas de aproximar a população desses instrumentos
580 diretos de participação. Também salientou que, aproveitando o tema das manifestações de
581 junho, fazia-se necessário repensar o papel dos instrumentos de democracia participativa.
582 Ressaltou que o CONJUVE tem feito debates acerca dos temas como reflexão de questões
583 como: “até que ponto os atuais beneficiados pelo sistema político serão os seus
584 reformadores?” e “até que ponto será transferida ao Congresso Nacional a responsabilidade
585 exclusiva por se auto reformar?” Nessa linha, avaliou ser necessário debater quais os
586 instrumentos de participação de consulta direta à população eram mais adequados para fazer
587 uma reforma estrutural da política brasileira. Finalizando, listou questões presentes nas
588 mobilizações e que têm mobilizado a participação da população brasileira, que merecem
589 aprofundamento do debate: violência contra os jovens (criminalização das lutas populares,
590 agenda regressiva de direitos, alto índice de jovens negros mortos; e a juventude no mundo do
591 trabalho - em que pese os postos de trabalho gerados nos últimos anos, o trabalho do jovem é
592 precarizado. Por fim, destacou a necessidade de diálogo dos instrumentos de participação com
593 a diversidade de participação que ocorre na sociedade brasileira. Para isso, disse ser
594 necessário abrir o diálogo para assegurar que as lutas recentes sirvam para canalizar uma
595 nova agenda de direitos para o país. O último expositor foi o Secretário Executivo do CNS,

596 **Márcio florentino**, que fez uma reflexão sobre o caráter humano e social da saúde e a
597 ampliação da comunicação em rede como um importante instrumento de mobilização e debate.
598 Disse que o momento era rico e as mobilizações e os debates do controle social colocaram a
599 saúde em outra dimensão – do caráter humano, social, de realização da vida – tornando-se
600 uma agenda mundial, com criação de relações de solidariedade internacional e a união da
601 população em defesa da saúde como forma de defesa da vida e enfrentamento da violência.
602 Seguindo essa lógica, disse que era tarefa do CNS fortalecer a luta pela saúde segundo essas
603 dimensões. Ainda nesse contexto, citou o ato realizado no dia anterior, em parceria com a UnB
604 e movimentos populares – CONTAG, MOPS, CONAM, de acolhida de 160 médicos cubanos
605 que atuarão em regiões do interior do país. Ressaltou que tem feito esforço para pensar a
606 dimensão da participação direta como elemento estruturante da democracia brasileira, para
607 além das institucionalidades existentes. Nessa linha, salientou a importância de integrar as
608 redes sociais à estrutura de participação direta dos conselhos e das conferências - por que
609 não realizar uma etapa digital (nas redes sociais) da 15ª Conferência para acumular o debate
610 sobre a saúde em uma dimensão mais ampla e levantar contribuições para elaborar o relatório
611 final? Ressaltou que era preciso aproveitar as mobilizações e também repensar a estrutura e
612 organização do Conselho, com vistas a definir um sistema nacional envolvendo conselhos
613 estaduais e municipais. Disse que a OAB era uma parceira do controle social e que a
614 oportunidade era ímpar para aprofundar o debate da saúde em todas as suas dimensões.
615 Antes de abrir para os inscritos, o coordenador da mesa registrou e agradeceu a presença dos
616 conselheiros estaduais de Saúde/RN, Vaniluce Carujo, Denilson Rodrigues e Eulálio Luiz da
617 Silva. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**, inicialmente, propôs que os critérios de
618 composição e renovação dos conselhos tivessem como parâmetro as diretrizes da Resolução
619 do CNS nº. 453/12, assegurando processos de renovação dos representantes. Além disso,
620 sugeriu que se incluía na minuta de decreto da presidência que institui a PNPS a definição da
621 função de conselheiro como de relevância pública, o cumprimento das resoluções e a definição
622 de entidade nacional aquela com abrangência de, no mínimo, três Regiões e nove Estados.
623 Também salientou que o comitê de governança deve ter caráter de apoio e articulação e,
624 portanto, precisa refletir a participação dos conselheiros na sua composição. Sobre o Conselho
625 Nacional de Justiça, salientou que possui composição de “notáveis” marcadamente voltada
626 para assuntos relacionados com aspectos internos do judiciário e pouca participação popular.
627 Ressaltou que as instâncias do Executivo e Judiciário dispõem de conselhos, portanto,
628 perguntou por que o Legislativo não possibilita a participação popular por meio de conselhos?
629 Por fim, lembrou que a pauta inicial das manifestações iniciadas no mês de junho era o
630 aumento da passagem de ônibus e as demais pautas apareceram posteriormente. Além disso,
631 destacou que as manifestações deram um recado forte para as formas tradicionais de
632 manifestação popular que pretendiam aproveitar as manifestações. Conselheiro **Renato**
633 **Almeida de Barros** destacou que o debate era mais profundo que o explanado, uma vez que
634 havia um conflito de gerações. Manifestou preocupação com a minuta de decreto que define a
635 Política de Participação Social, por entender que os movimentos sociais não podiam ser
636 institucionalizados. Disse que o CNS não deveria apoiar essa proposta, mas sim iniciar um
637 debate sobre como atender as demandas da sociedade e o clamor social. Conselheiro **Zan**
638 **Mustacchi** saudou os expositores pelas falas e salientou que, para garantir saúde, era preciso
639 assegurar o direito primário, que era o direito nutricional e o direito secundário, que era o direito
640 educacional. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a mesa pelas
641 exposições e destacou que havia várias leituras das manifestações que ocorreram em junho.
642 Avaliou que havia uma indignação da sociedade em relação aos poderes instituídos no país e
643 manifestou preocupação com a forma como a situação foi conduzida. No seu modo de ver, era
644 preciso debater essa questão, entendendo que a sociedade civil organizada devia ser
645 fortalecida e não pode ficar sob o controle do Estado. Conselheira **Ana Maria Costa** disse que
646 era preciso refletir sobre as relações Estado/governo/sociedade a fim de corrigir equívocos
647 históricos. Ressaltou que o decreto presidencial tentava institucionalizar o processo
648 participativo que não se encerrava em conselhos e conferências. Lembrou que as mobilizações
649 apresentaram uma série de demandas populares, inclusive no campo da saúde, e fazia-se
650 necessário dar-lhes concretude, ampliando a vocalização e mecanismos de escuta, por parte
651 do governo. Também salientou que uma política de gestão participativa ou democratização do
652 Estado deveria ter peso para fiscalizar e garantir que a voz popular fosse ouvida no interior da
653 gestão das políticas. Conselheira **Maria Cristina Pedro Biz** avaliou que, pela dificuldade de
654 lidar com a forma das manifestações, instituíam-se regras e, com isso, institucionalizava-se.
655 Disse que não deveria colocar junto participação social e reforma política e destacou que era

656 preciso cuidado para não instrumentalizar demais e retirar a organicidade da participação
657 social. Nessa linha, salientou que seria necessário refletir melhor sobre a proposta de Política
658 de Participação Social. Por fim, informou que haveria mudanças na representação do CFFo no
659 CNS e aproveitou para agradecer o privilégio e os ganhos que teve ao participar do Conselho.
660 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que, ao propor essa pauta, a Mesa Diretora
661 tentou trazer os debates das ruas - reforma política e protagonismo da sociedade brasileira no
662 processo de decisão – para o Conselho. Defendeu a institucionalização da participação social,
663 por entender que o problema não era a institucionalização, mas a serviço de quem o poder era
664 exercido e quais eram as regras do jogo para acessar a possibilidade de exercer poder. Nessa
665 linha, apresentou o pleito da COFIN, ao representante da Presidência da República, de
666 participação no Comitê de Política Monetária – COPOM. Destacou que o CNS precisaria
667 debater a iniciativa de criar um sistema de participação social e defender a reforma política e o
668 fim de financiamento privado de campanha eleitoral. Como encaminhamento, sugeriu que o
669 CNS recomendasse ao conjunto das entidades a inclusão da reforma política na pauta de
670 discussão. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** manifestou preocupação com a proposta de
671 instituir uma Política de Participação Social e defendeu uma discussão mais profunda a
672 respeito. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** reforçou a preocupação com a proposta de
673 instituir uma Política de Participação Social e frisou que o decreto deveria, minimamente,
674 fortalecer o controle social. Também reiterou que era preciso estreitar o diálogo do controle
675 social com a sociedade e reforçou a ideia da saúde como direito humano (importância da OAB
676 como parceira). Conselheira **Marisa Furia Silva** falou da dificuldade de determinar como deve
677 atuar cada movimento social e, nessa linha, falou sobre a dificuldade de mobilizar as pessoas
678 para a área de deficiência intelectual, em especial sobre o autismo. Explicou que a maior parte
679 das famílias buscava atendimento para os seus filhos com autismo, o que até hoje não era
680 garantido (apesar da lei, da política e do protocolo de autismo). Também salientou que as
681 entidades/movimentos devem ter autonomia, inclusive, para definir os seus representantes nos
682 conselhos de saúde. Conselheiro **Richarlls Martins** destacou que a dificuldade de refletir
683 sobre um tema tão amplo e avaliou que as mobilizações de junho deveriam ser analisadas em
684 profundidade, dada a complexidade e a reflexão sobre reforma política deveria ser feita em
685 separado. Chamou a atenção para a dificuldade de conceituar participação social e salientou o
686 aprisionamento que essa perspectiva estratégica traz. Na Nota Técnica da Secretaria da
687 Presidência, sugeriu incluir entre os marcos o processo de desigualdade que impera no país na
688 perspectiva de participação social. Salientou que era preciso pensar estratégias que garantam
689 a participação de segmentos sociais que menos têm acesso à perspectiva de participação –
690 movimento negro, de mulheres, de pessoas com deficiência. Também destacou a contradição
691 do Estado brasileiro: garantia da participação social como preceito e, por outro lado, violação
692 de direitos humanos e criminalização dos movimentos sociais. Conselheira **Júlia Maria Roland**
693 fez uma fala a partir de algumas das preocupações levantadas pelos conselheiros. Avaliou que
694 era preciso pautar debate sobre a proposta de Política Nacional de Participação Social para
695 melhor esclarecimento ao Plenário. Explicou que a proposta do governo visava definir uma
696 Política de Estado ampliando a participação para outras áreas do governo. Recordou que, no
697 debate sobre a instituição dos conselhos, foram levantadas preocupações sobre a
698 possibilidade de institucionalizar os movimentos, mas isso não ocorreu e a criação dos
699 conselhos, de um modo geral, representou um avanço do ponto de vista da participação da
700 sociedade nas questões relativas ao SUS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou
701 que os movimentos de rua apontaram um descontentamento geral da população acerca do
702 poder constituído e os protestos trouxeram o ineditismo de utilizar as redes sociais para
703 protestar, levando às ruas jovens e adultos que nunca participaram desse tipo de protesto.
704 Ressaltou que participantes repudiaram qualquer tipo de organização como uma forma de
705 despertar o poder público e os movimentos sociais para a necessidade de mudanças capazes
706 de transformar o país. Avaliou, inclusive, que a discrepância entre as decisões dos conselhos e
707 os encaminhamentos da gestão, nas três esferas, contribuía para o descontentamento da
708 população. Manifestou preocupação com a lentidão das mudanças e avaliou que a população
709 deveria retornar às ruas para reforçar a necessidade de acelerar as mudanças. Por fim,
710 registrou a presença das conselheiras estaduais de saúde do MS, Wilma Santos e Maria de
711 Lourdes. **Retorno da mesa.** A representante da OAB, **Indira Ernesto Quaresma**, explicou que
712 o país iniciou um momento de novas experiências nos movimentos sociais e as mudanças
713 defendidas pelas ruas estavam demorando a acontecer. Ressaltou que o país caminhava para
714 uma situação diferente – mais forte, mais democrático - e a OAB colocava-se como uma
715 guardiã da cidadania, ao lado do povo, para canalizar a vontade popular. Com essas palavras,

716 agradeceu a oportunidade e despediu-se do CNS. **Marcelo Pires Mendonça**, Coordenador
717 Geral de Mecanismos Formais de Participação Social/Presidência da República, destacou que
718 os temas em debate eram densos e polêmicos e o debate não se esgotaria naquele momento.
719 Explicou que a minuta de decreto da Política Nacional de Participação Social esteve em
720 consulta pública por 45 dias e recebeu mais de 500 comentários que seriam analisados. Além
721 disso, destacou que o link da consulta foi encaminhado a todos os conselhos e entidades
722 nacionais e divulgado na TV. Ressaltou que a minuta seria aprimorada em função das
723 contribuições apresentadas na consulta nacional. Salientou que, em nenhum momento, o
724 governo da Presidente Dilma Rousseff, nem o governo do Presidente Lula, tentou ou tentaria
725 institucionalizar o movimento social. Ressaltou que a intenção da Política era garantir a
726 participação social como direito das pessoas e institucionalizar os mecanismos formais de
727 participação - conselhos e conferências – assegurando que fossem políticas de Estado e não
728 de governo. Desse modo, colocou-se à disposição para maiores esclarecimentos acerca da
729 proposta uma vez que não era intenção engessar os movimentos sociais e os mecanismos
730 formais de participação social. Lembrou, inclusive, que nos últimos dez anos ocorreram 88
731 conferências nacionais, o dobro do que aconteceu em 60 anos e 29 conselhos nacionais foram
732 criados. Frisou que o desafio do conselho era definir como o debate poderia contribuir para
733 fortalecer outras instâncias de participação social que estavam o à mercê de governos e não
734 garantidas por lei. Disse que o governo assumiu o que foi dito nas ruas e buscava respostas,
735 todavia, salientou que o recado foi para toda a sociedade brasileira. Ressaltou que conselhos
736 nacionais como CNS, CONANDA, CONSEA, CNAS poderiam contribuir no fortalecimento de
737 outros conselhos instituídos há pouco tempo. Salientou que tomou nota das manifestações do
738 CNS para serem debatidas e frisou que a autonomia dos conselhos e conferências deveria ser
739 preservada. **Bruno de Oliveira Reis**, Secretário Executivo do Conselho Nacional de
740 Juventude, salientou que era preciso reconhecer a institucionalização de conselhos e
741 conferência de saúde. Sobre as mobilizações, disse que havia um debate mais amplo e o
742 transporte era parte dele. Além disso, disse que foi forte nas jornadas a negação da
743 institucionalidade presente (“Não me representa”). Frisou ainda que os movimentos tradicionais
744 não foram superados pelas redes e, no seu modo de ver, era preciso combinar esses dois
745 instrumentos. **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS, disse que a mesa
746 cumpriu o objetivo definido de iniciar a discussão desse tema no CNS. No que se refere à
747 reforma política, destacou a proposta da OAB de incluir as entidades no movimento em prol
748 das eleições limpas. Também destacou que não havia contradição entre democracia
749 representativa, participativa e deliberativa e era importante fortalecer os mecanismos de
750 representação com maior amplitude de participação e representação. Por fim, abriu a palavra à
751 conselheira **Fernanda Benvenutty** que salientou que os movimentos do mês de junho deram o
752 seu recado e agora era refletir sobre formas de diminuir a violência nas ruas trazida pelo
753 movimento. Disse que o movimento LGBT levantou a bandeira de “não me representa” e fez
754 uma alusão especial à fala do secretário executivo do conselho da juventude pela importância.
755 Destacou que a reforma política era importante, principalmente a eleitoral, inclusive para
756 garantir a participação da sociedade civil. Com essa fala, a mesa agradeceu os convidados e
757 encerrou o debate. **ITEM 4 – CONTRATO DE AÇÃO PÚBLICA – CONTRATO**
758 **ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE E REGIONALIZAÇÃO - Apresentação:**
759 conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário de Gestão Estratégica e
760 Participativa – SGEP/MS; **Lourdes Almeida**, Gerente do Núcleo de Gestão e Planejamento do
761 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho
762 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. *Coordenação:* conselheira **Maria**
763 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O primeiro a expor sobre o tema foi o Secretário da
764 SGEP, conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, que falou sobre a situação da
765 implantação do Decreto nº 7.508/2011 - aspectos para a construção de uma agenda
766 estratégica para a implementação do COAP. Antes de iniciar, registrou a presença do diretor
767 Luiz André Bonifácio, responsável por acompanhar o COAP. Explicou que o Contrato era fruto
768 do Decreto nº 7.508/11, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de
769 setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a
770 assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Acrescentou que o
771 Decreto resgata a Lei nº. 8.080/90, substituindo um conjunto de portarias responsáveis pelo
772 processo organizativo do SUS – normas operacionais básicas. Para melhor entendimento,
773 listou as pactuações inerentes à implantação do Decreto nº 7.508/2011: 1) Publicação do
774 Decreto em 28 de Junho de 2011: a) Comitê de apoio à Implementação dos dispositivos do
775 Decreto nº 7.508/2011 e Grupos Executivos, Portaria GM de julho/2011; b) Pactuação das

776 Diretrizes Gerais do Plano Nacional de Saúde; e c) Pactuação da Agenda Estratégica para a
777 implantação dos Dispositivos do Decreto 7.508/11; 2) Diretrizes para a Organização das
778 Regiões de Saúde/CIT do mês de agosto: a) Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011:
779 estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos
780 termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; e b) Informação por parte dos Estados da
781 Conformação das Regiões de Saúde e respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR):
782 435 regiões de saúde; 3) Diretrizes para a conformação da Relação Nacional de Medicamentos
783 essenciais (RENAME)/CIT de setembro de 2011: a) Resolução nº 1 de 17 de janeiro de 2012 -
784 estabelece diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
785 e b) Portaria nº 533, de 28 de março de 2012: estabelece o elenco de medicamentos e insumos
786 da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); 4) Diretrizes para a
787 conformação da Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME)/CIT de setembro
788 de 2011: a) Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012 - estabelece diretrizes nacionais da
789 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); e b) Portaria nº 533, de 28 de
790 março de 2012 - estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de
791 Medicamentos Essenciais (RENAME); 5) Diretrizes para a conformação da Relação Nacional
792 de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)/CIT de outubro: a) Resolução nº 2, de 17 de
793 janeiro de 2012 - estabelece diretrizes nacionais da Relação Nacional de Ações e Serviços de
794 Saúde (RENASES); e b) Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012: publica a Relação Nacional de
795 Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e dá outras providências; 5) Construção da Agenda
796 Tripartite para a implantação do Decreto nº. 7.508 e aprimoramento do Pacto pela saúde: a)
797 oficina realizada nos dias 22 e 23 de novembro de 2011; e b) Diretrizes para a conformação da
798 Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME); 6) Diretrizes para a Conformação
799 do Mapa da Saúde e o processo de Planejamento no âmbito do Sistema Único da Saúde: a)
800 Pactuação feita em Outubro de 2011; e b) Mapa da Saúde com metodologia desenvolvida e
801 ferramenta lançada no dia 12 de junho de 2012; 7) Normas e Fluxos do Contrato Organizativo
802 de Ação Pública – COAP/CIT de setembro de 2011: a) Resolução nº 3 de 30 de janeiro de
803 2012 - dispõe sobre Normas e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
804 (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); b) Minuta da Estrutura do COAP (CIT de
805 dez/2011); e c) Resolução que estabelece o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (CIT de
806 dez/2011); 8) Resolução nº 4, de 19 de junho de 2012 - dispõe sobre a pactuação tripartite
807 acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de
808 Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a
809 sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP); 9) Resolução nº 5, de
810 19 de junho de 2013 - dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes,
811 objetivos, metas e indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do
812 planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo
813 da Ação Pública da Saúde (COAP). Fez um destaque ao art. 5º do Decreto que define as
814 ações e serviços de saúde necessários para instituir a Região de Saúde: I - atenção primária; II
815 - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e
816 hospitalar; e V - vigilância em saúde. Além disso, destaca que a instituição das Regiões de
817 Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores. Frisou que a Região de
818 Saúde é uma tentativa de aprimoramento da garantia de acesso e redução da operação do
819 Sistema. Nesse sentido, disse que houve pactuações inerentes à implantação do Decreto nº
820 7.508/2011 - Redes de Atenção e Políticas Estratégicas, entre elas: Portaria que institui no
821 âmbito do SUS a Rede Cegonha. SAS/MS; Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de
822 Saúde o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o componente
823 de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. SAS/MS; Portaria que institui no âmbito da
824 Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os
825 incentivos para custeio das ações de Promoção da Saúde do Programa Academia de Saúde.
826 SAS/MS; Portaria que Institui a Política de Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de
827 Saúde - SUS. Explicou que o grande desafio era garantir que todas as políticas de saúde se
828 articulassem no âmbito de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.
829 Nesse sentido, disse que o Decreto determinava o acordo de colaboração entre os entes
830 federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Ainda nos termos
831 do Decreto (art. 34), explicou que o objeto do COAP era a organização e a integração das
832 ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade
833 da assistência aos usuários. O COAP resultaria da integração dos planos de saúde dos entes
834 federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações
835 estabelecidas pela CIT. Detalhou que no capítulo V o Decreto determina que o COAP definirá

836 as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e
837 serviços de saúde, os indicadores e metas, os critérios de avaliação de desempenho, os
838 recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua
839 execução e demais elementos necessários à implementação e integração das ações e serviços
840 de saúde. Nesse sentido, salientou que foram realizadas um conjunto de ações voltadas ao
841 aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação do funcionamento das Regiões de
842 Saúde e desempenho das CIR em apoio aos Estados, do processo de gestão da informação
843 como subsídio à gestão das Redes de Atenção (Cartão SUS), do processo de implantação da
844 Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde com enfoque regional, processo de
845 discussão da RENASES como orientadora da Programação Geral de Ações e Serviços de
846 Saúde com enfoque regional e construção de estratégias que ampliem envolvimento dos
847 Conselhos de Saúde no processo de construção dos COAP. Disse que a partir de fevereiro de
848 2013 todo o hospital terá que emitir AIH visitando o banco do Cartão Nacional de Saúde,
849 evitando duplicidades e fraudes. Destacou também as oportunidades que tiveram que ser
850 aproveitadas em 2013: entrada de novos gestores na saúde; ano de construção dos Planos
851 Municipais de Saúde; alinhamento do COAP com as políticas prioritárias da saúde; todos os
852 estados com desenho regional pactuado na CIB e com agenda de implantação do COAP para
853 2013; (Portaria GM n°. 2979/11); e adequação dos instrumentos de gestão às premissas da LC
854 n°. 141 e o conjunto de normativas advindas de sua implementação. Detalhou a situação da
855 implantação do COAP por Região: a) Norte: Roraima: 2; Tocantins: 8; b) Nordeste: Alagoas: 10
856 e Ceará: 22; c) Sudeste: Espírito Santo: 4, Rio de Janeiro: 9, São Paulo: 62; d) Sul: Paraná: 22,
857 Santa Catarina: 16. Explicou que os dois Estados que mais avançaram foram Ceará e Mato
858 Grosso do Sul. No caso do primeiro, a situação é a seguinte: COAP nas 20 Regiões de Saúde
859 do Estado (84%) - assinados em 17 de agosto de 2012, relatórios de Avaliação dos COAP 2012
860 - enviados ao MS em junho de 2013, reunião da SES com as suas Coordenações Regionais
861 para discussão das metas e indicadores 2013-2015 - 21 de agosto de 2013, assinatura dos
862 Termos Aditivos (perspectiva) - setembro de 2013. Sobre o Mato Grosso do Sul: COAP das 4
863 Regiões de Saúde do Estado (100%) - assinados em 30 de agosto de 2012; Relatório de
864 Avaliação dos COAP 2012 - enviados ao MS em julho de 2013; Reuniões nas CIR das 4
865 Regiões de Saúde para pactuações das metas e indicadores 2013-2015, recursos financeiros
866 2013 e conteúdos do Anexo II do COAP; Reunião da SES e COSEMS com as áreas técnicas
867 do MS para pactuação dos Termos Aditivos - setembro de 2013; e assinatura dos Termos
868 Aditivos (perspectiva) - setembro de 2013. Finalizando, disse que a proposta era um projeto de
869 governo e o Decreto seria um dos grandes legados do SUS. A gerente **Lourdes Almeida**
870 explicou que o Decreto n°. 7.508, a Lei Complementar n°. 141 e o Decreto n°. 7.827/12 eram
871 três normas trabalhadas para implantar o COAP e dar conta dessa nova forma de organização
872 do SUS. Explicou que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP é um
873 instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde e
874 retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e expressa a
875 programação geral de ações e serviços de saúde para a região. Além disso, trata-se de um
876 instrumento de alocação de recursos das três esferas de Governo. Destacou, nos termos do
877 Decreto, a definição de Região de saúde - espaço geográfico contínuo constituído por
878 agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas
879 e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a
880 finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de
881 saúde. Para ser instituída, a Região deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção
882 primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial
883 especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. Explicou que são 436 Regiões de Saúde,
884 distribuídas da seguinte forma: Centro-Oeste: 38; Sul: 68; Sudeste: 153; Nordeste: 133; e
885 Norte: 44. Também falou sobre as Redes de Atenção à Saúde que são organizadas nas
886 Regiões de Saúde, contribuindo para organizar o atendimento nessas regiões, podendo
887 ultrapassar os limites das Regiões. Por fim, apresentou os desafios a serem enfrentados:
888 organização de um processo de planejamento no estado, envolvendo os municípios, pois é a
889 base para a pactuação, cujo resultado é a elaboração do COAP; revisão de rotinas de trabalho,
890 descentralização de tarefas e formação de equipes para acompanhamento e monitoramento;
891 conformação das Redes de Atenção à Saúde; implantação de novas regras de organização e
892 gestão no SUS, sem recursos financeiros novos; estabelecimento de consensos sobre
893 resolutividade, acesso, escala, regulação, responsabilidades individuais e compartilhadas;
894 Revisão da Portaria 204/07 – blocos de financiamento; e definição da metodologia do critério
895 de rateio dos recursos da União aos estados e municípios – art. 17 LC n°. 141/12. Conselheiro

896 **Arilson Cardoso da Silva**, representando o CONASEMS, explicou que a entidade apoiava o
897 COAP e participara das pactuações a respeito. Explicou que os municípios, além de garantir a
898 assistência à saúde das pessoas, trabalhavam com o Ministério da Saúde na construção das
899 redes e das regiões de saúde. Falou sobre as dificuldades enfrentadas pelos municípios nesse
900 processo, destacando que a primeira referia-se ao fato de ser um processo de pactuação
901 interfederativo e intermunicipal. Ressaltou tratar-se de um processo demorado de constituição
902 de rede que deve garantir a integralidade da atenção. Além disso, salientou que a assinatura
903 do Contrato no final e no início da gestão também foi uma dificuldade enfrentada pelos
904 municípios. Também ressaltou que é fundamental garantir financiamento (mais recursos), uma
905 vez que as regiões de saúde devem ser organizadas com base nas necessidades de saúde.
906 Explicou que os municípios, hoje, definem contratos a partir de serviços de saúde existentes e
907 apontam questões a serem resolvidas quando for discutido aumento de recursos e ampliação
908 das redes de serviços. Salientou que era preciso avançar no debate sobre os critérios de rateio
909 para construção das regiões de saúde com base na real necessidade da população e não na
910 existência de serviços. Além disso, era necessário definir formas para garantir que o
911 planejamento seja fosse de forma mais integrada, de modo a vencer a fragmentação. Sinalizou
912 que a regulação era essencial porque garantiria o acesso da população aos serviços de saúde.
913 Finalizando, disse que o COAP era um instrumento importante para o SUS e que as
914 dificuldades precisavam ser discutidas e superadas, mas não eram empecilhos para construir
915 os Contratos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, avaliou que houve
916 um avanço do Pacto de Gestão para o COAP, mas algumas questões ainda precisam ser
917 resolvidas como o papel mais ativo do controle social. Também sentiu falta de uma estratégia
918 mais ampla para trazer essa questão como uma pauta permanente do controle social e uma
919 estratégia de comunicação para esclarecimento sobre o COAP como enfrentamento da
920 desigualdade. Salientou que o Contrato contribui para combater a vulnerabilidade que os
921 processos políticos eleitorais causam à gestão. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
922 solicitou ao Secretário posicionamento sobre as providências do Ministério da Saúde acerca de
923 pactuação na Tripartite da Resolução do CNS 468/13 (única Resolução do CNS publicada em
924 2013), que determina que nas três esferas de governo do SUS seja estabelecido o direito de
925 todas as pessoas à assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de modo
926 resolutivo, com a oferta de todos os medicamentos prescritos no SUS, órteses e próteses, com
927 vigilância do tratamento. Também requereu que a Relação Nacional de Medicamentos -
928 RENAME leve em consideração esta resolução. Além disso, propôs que seja formalizada uma
929 estratégia no Ministério da Saúde para definir regiões indígenas de saúde ou a incorporação
930 dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas nas 435 regiões definidas atualmente para
931 organização do COAP, conforme prevê o Art. 18 da Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012
932 ("O Ministério da Saúde atuará de forma específica, nos termos da Lei nº 8.080, de 1990, onde
933 houver população indígena". Prazo: antes da realização da 5ª Conferência de Saúde Indígena
934 no final de novembro de 2013). Por fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre a
935 apresentação do COAP no conselho de saúde junto com o relatório de gestão, e inclusão das
936 informações no portal da transparência, conforme previsto na Resolução nº. 3. Conselheiro
937 **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza** cumprimentou os expositores pelas explanações
938 elucidativas e salientou tratar-se de um tema estruturante para o SUS. Avaliou que a
939 construção das redes regionalizadas era um problema político e estruturante do SUS que iria
940 exigir uma série de ações para que se efetivasse, entre elas, a destinação de novos recursos
941 financeiros e a concertação das instâncias regionais de pactuação. Nessa linha, frisou a
942 importância da participação do controle social no processo de pactuação regional para
943 construção das instâncias regionais de decisão. Conselheiro **Jorge Marubo** solicitou que o
944 Ministério da Saúde recomendasse aos gestores municipais, aos conselhos municipais e aos
945 estaduais de saúde a convocação dos conselhos distritais indígenas e dos gestores da saúde
946 indígena para participar da elaboração do COAP, tendo em vista os problemas graves no
947 atendimento da população indígena na média e alta complexidade. Conselheira **Ana Maria**
948 **Costa** solidarizou-se com a fala do representante do CONASEMS sobre a "alquimia" ao lidar
949 com o mecanismo de gestão fragmentado para responder a realidade (vida do ser humano).
950 Salientou que era preciso debater a integralidade desejável, considerando o conjunto das
951 necessidades da coletividade. Para além das vantagens, disse que o COAP trazia o problema
952 da fragmentação de recursos e processos de organização de serviços. Também sentiu falta de
953 ser explicitado no COAP, com mais clareza, o papel da Secretaria Estadual – instância de
954 apoio aos municípios, de fortalecimento das redes. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado**
955 avaliou que o processo de regionalização era positivo, mas os trabalhadores enfrentavam

956 dificuldades com a falta de atendimento regionalizado em áreas especializadas como
957 traumatologia, otorrinolaringologista, cardiovascular. Também informou que o CES/RS se
958 reuniria no dia seguinte e seriam definidos encaminhamentos sobre o Movimento Saúde+10.
959 Conselheiro **Nadir Amaral** explicou que os gestores – prefeitos e secretários de saúde - ainda
960 tinham dúvidas sobre o COAP e, portanto, perguntou como seria o diálogo do MS com as
961 Secretarias Municipais para esclarecimentos. Também perguntou sobre a implantação do
962 Contrato no Estado de São Paulo. Conselheiro **Richarlls Martins**, tendo em vista que o COAP
963 não considerava as regiões como instâncias políticas administrativas, perguntou como MS,
964 CONASS e CONASEMS dariam seguimento a esse processo. Conselheira **Maria Laura**
965 **Carvalho Bicca** salientou a importância de observar a questão cultural e social nas regiões de
966 saúde, considerando inclusive as disputas entre municípios. Também disse que era necessário
967 garantir transporte aos usuários para os serviços de saúde. Conselheira **Maria do Socorro de**
968 **Souza**, Presidente do CNS, destacou que instrumentos como o Decreto representavam um
969 avanço, todavia, avaliou como equívoco da gestão considerar que o controle social possuía
970 papel relativizado na implementação dessa norma. Frisou que o controle social possuía papel
971 importante na sustentabilidade política desse instrumento. Sobre as regiões de saúde, disse
972 que era preciso pensar o desenvolvimento regional e ressaltou que o COAP teria um impacto
973 diferenciador se conseguisse enfrentar a desigualdade. Nessa linha, avaliou que o mapa da
974 saúde deveria colocar de forma explícita a concentração de estrutura de serviços de saúde em
975 determinadas regiões. Também perguntou como integrar serviços a partir das regiões de saúde
976 unificando o que está fragmentado. Salientou que isso implicaria em outra forma de fazer
977 planejamento, repassar recursos e conceber os programas. **Retorno da mesa.** O Secretário
978 **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** explicou que essa era uma agenda do controle social e o
979 CNS deveria iniciar uma agenda de debates a respeito com os conselhos estaduais e os
980 conselhos municipais de saúde. Destacou que a fragmentação do Sistema era reflexo do
981 desenho da federação brasileira e, para garantir o princípio da integralidade, era preciso
982 articular sistemicamente a linha de acesso. Também disse que o Sistema enfrentava grave
983 problema de gestão, ou seja, a dificuldade não se referia apenas à falta de recursos. Destacou,
984 por exemplo, que havia capacidade ociosa em determinados locais por falta de articulação
985 regional (determinados regiões poderiam realizar 800 mamografias e realizam apenas 80
986 enquanto havia demanda pelo exame em outros locais do país). Também disse que o mapa
987 sanitário estava pronto e poderia ser apresentado ao CNS para conhecimento. Sobre São
988 Paulo, disse que havia uma carta assinada pelos secretários que aderiram ao Contrato.
989 Explicou que o Estado possui 645 municípios (a base do Sistema); 63 Regiões; 17 redes;
990 macro redes; e mega rede estadual de São Paulo e esse “sistema” resolvia 100% da RENASE.
991 Esclareceu que as regiões de saúde não eram antes da Federação, mas sim uma articulação
992 interfederativa regional para garantir o acesso e fazer o planejamento. No caso da Região
993 Norte, disse que estava sendo feito planejamento estratégico, inclusive do ponto de vista de
994 provimento. Frisou que o desenho interfederativo era complexo e, portanto, exigia ciência de
995 planejamento da gestão e governança sistêmica (que envolve controle social). Frisou que todos
996 os municípios que assinaram o COAP debateram o Contrato com os conselhos de saúde. Além
997 disso, lembrou que os planos municipais de saúde foram aprovados pelos conselhos de saúde
998 e o COAP deve refletir esse plano. Salientou que era necessário assegurar a organização
999 sistêmica para garantir o acesso e assegurar a racionalidade tecnológica. Frisou ainda que não
1000 havia um ente de ordenador de despesa nacional, por isso, para organizar as regiões de saúde
1001 era necessária responsabilidade sanitária dos entes. Ressaltou que o contrato cria um espaço
1002 de encontro entre prefeitos, governadores e MS, com a sociedade e o controle social. Sendo
1003 assim, configura-se em um espaço que materializa a responsabilidade solidária sistêmica do
1004 SUS. Sobre as regiões de saúde indígena, disse que era preciso convidar os Secretários da
1005 SESAI e da SCTIE para debater a proposta apresentada. Concluindo, disse que estava em
1006 construção uma nova doutrina no direito interfederativo brasileiro e outras áreas utilizariam o
1007 contrato, inclusive, para aprimorar as ações interfederativas. A gerente **Lourdes Almeida**
1008 explicou que o decreto era claro ao definir que o Estado coordenaria a implementação do
1009 COAP (art. 39) e, por isso, um dos desafios era organizar as Secretarias Estaduais de Saúde
1010 para coordenar esse processo. Além disso, explicou que o CONASS trabalhava com a
1011 estrutura de câmaras técnicas, com a participação de técnicos dos Estados, para discutir temas
1012 como gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção em saúde. Também destacou que
1013 participação social era mais que controle social e gestão participativa mais que representação
1014 (na região de saúde há participação social). Nessa linha, lembrou que o COAP era resultado do
1015 plano municipal de saúde, do planejamento regional integrado e do plano estadual de saúde,

1016 ou seja, o Contrato contemplaria o discutido no Estado com os gestores municipais e a
1017 sociedade. Salientou ainda que o Contrato definiria as responsabilidades de cada ente – MS,
1018 estados e municípios – na região de saúde. Disse que o mapa da saúde era uma ferramenta
1019 fantástica porque, entre outras questões, apresenta relatórios sobre a situação de saúde –
1020 geral e municípios, possibilitando verificar os vazios assistenciais. Também esclareceu que
1021 rede de atenção à saúde não se configurava em uma rede hierarquizada de serviços, mas sim
1022 uma rede de cuidado para as pessoas. Disse que São Paulo estava iniciando a discussão com
1023 debate mais avançado na Região do ABC. Sobre a saúde indígena, disse que o CONASS tem
1024 cobrado atuação mais ativa do MS em relação às regiões indígenas no COAP. Também
1025 chamou a atenção para a pertinência de debater determinantes sociais de saúde e
1026 intersetorialidade a fim de conseguir regiões de saúde que, de fato, promovam a saúde,
1027 gerando desenvolvimento regional. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** avaliou que o
1028 debate foi positivo e considerou que COAP daria segurança ao gestor, especialmente de
1029 pequenos municípios, e possibilitaria garantir acesso aos usuários. Também salientou que a
1030 garantia do transporte aos usuários era importante e deveria ser resolvida – segurança para os
1031 serviços de referência. Sobre o controle social, disse que o CONASS encaminhou orientação
1032 aos municípios para realização das conferências municipais de saúde viado a elaboração dos
1033 planos municipais de saúde. Também lembrou que o COAP deveria ser aprovado no CMS e
1034 salientou a importância de um fórum regional do controle social para acompanhar
1035 regionalmente o que foi pactuado no Contrato. Salientou que a discussão do Contrato era
1036 importante e deveria ser feita com tranquilidade, mas com prazo para terminar. Conselheira
1037 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, como encaminhamento, propôs, a partir de
1038 demandas do Plenário e dos Estados, a realização de uma oficina para capacitação sobre o
1039 COAP (debate político e monitoramento), com o compromisso dos três expositores para
1040 colaborar na preparação. O diretor do DAI, **André Bonifácio**, explicou que o processo era
1041 complexo e o Contrato servia para organizá-lo; nessa linha, salientou que deve ser um projeto
1042 de governo e não de Estado. Ressaltou que era preciso aproveitar o novo ciclo de gestão dos
1043 planos municipais para modificar o produto do Contrato, de modo a não fragilizar. Explicou que
1044 há um movimento de gestores e conselhos para diminuir o tempo de prestação de contas e dar
1045 conformidade e possibilitar aos conselheiros utilizar melhor o Relatório de Gestão. Além disso,
1046 disse que, seguindo a Resolução do CNS, estão sendo tomadas medidas para informatizar o
1047 Relatório Resumido de Execução Orçamentaria, relatório Quadrimestral e Relatório Anual.
1048 Considerando o avanço na entrega dos relatórios, disse que era preciso avançar no debate
1049 sobre a qualidade dos relatórios. Por fim, colocou-se à disposição para aprofundar o debate
1050 e tratar de outros temas de interesse do CNS como mapa da saúde. Conselheira **Maria do**
1051 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, convidou o diretor do DAI, André Bonifácio, para
1052 participar da próxima reunião da Mesa Diretora. **Deliberação: a partir de demandas do**
1053 **Plenário e dos Estados, preparar uma oficina para capacitação sobre o COAP (debate**
1054 **político e monitoramento), com o compromisso dos três expositores para colaborar na**
1055 **preparação dessa atividade.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os expositores
1056 e encerrou esse item. Em seguida, conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** fez uso da
1057 palavra para apresentar denúncia, a partir da leitura de nota do Conselho Indigenista
1058 Missionário – CIMI. O texto é o seguinte: “O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) repudia
1059 com veemência a decisão do presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves
1060 (PMDB-RN), que, por meio de Ato da Presidência, constituiu, no calar da noite desta terça-
1061 feira, 10, a “Comissão Especial destinada a apreciar e proferir parecer à Proposta de Emenda à
1062 Constituição no. 215-A, de 2000”. Esta proposição legislativa, caso aprovada, alterará os
1063 artigos 49, 225 e 231 da Constituição Federal transferindo a competência da demarcação de
1064 terras indígenas, da titulação de quilombos e da criação de Unidades de Conservação
1065 Ambiental do Poder Executivo para o Poder Legislativo. A instalação da Comissão Especial
1066 atende única e exclusivamente aos interesses da bancada ruralista no Congresso Nacional e
1067 reforça a declaração de guerra do latifúndio contra os povos indígenas, contra os quilombolas,
1068 contra o meio ambiente e os respectivos direitos constitucionalmente estabelecidos. A PEC
1069 215/00 constitui-se num atentado à Constituição Cidadã e à própria democracia no Brasil. O
1070 CIMI chama a atenção para o fato de que está em curso uma verdadeira ditadura absolutista
1071 do agronegócio no país. Reiteramos a solidariedade aos povos indígenas e o compromisso de
1072 apoio às lutas necessárias dos povos em defesa de seus projetos de vida, pela rejeição à PEC
1073 215/00, contra as forças da morte do ruralismo no Brasil.” Considerando a gravidade da
1074 denúncia, o Plenário decidiu debatê-la no segundo dia de reunião, com tempo adequado. Com
1075 esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os

1076 seguintes conselheiros: *Titulares* – **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
1077 (CEBES); **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
1078 (CONASEMS); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de
1079 Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do
1080 Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de
1081 Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do Trabalho e Emprego
1082 – MTE; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia
1083 Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Rodrigues**
1084 **Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida**
1085 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum
1086 de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho
1087 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**,
1088 Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Luiz Odorico Monteiro**
1089 **de Andrade**, Ministério da Saúde; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1090 Ostimizados (ABRASO); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos
1091 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos
1092 Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);
1093 **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças
1094 Faciliformes (FANAFAL); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
1095 (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares
1096 – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
1097 Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1098 Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia –
1099 CFP; **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço**
1100 **da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações
1101 de Síndrome de Down. *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de
1102 Serviço Social- CFESS; **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos
1103 Farmacêuticos - FEIFAR; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
1104 CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Diego de Faria**
1105 **Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional
1106 (FENAFITO); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
1107 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA;
1108 **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Geisyane**
1109 **Rodrigues Ferreira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM;
1110 **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e
1111 Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José**
1112 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Wilson de**
1113 **Souza Gonçalves**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;
1114 **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Livaldo Bento**, Movimento Popular de
1115 Saúde – MOPS; **Luciana Holtz de Camargo Barros**, Aliança Independente dos Grupos de
1116 Apoio (AIGA) **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz Alberto**
1117 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1118 Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho
1119 Federal de Biologia – CFBlo; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária
1120 – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids;
1121 **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde; **Shirley Marshal Diaz, Morales**, Federação
1122 Nacional dos Enfermeiros - FNE; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
1123 Terapia Ocupacional (COFFITO). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta
1124 pela conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, e conselheira **Nelcy**
1125 **Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a Presidente do CNS reapresentou
1126 os itens previstos para aquele dia e informou que o item da pauta seria suspenso porque não
1127 estavam presentes o assessor da COFIN e o coordenador da Comissão. **ITEM 5 – INFORMES**
1128 **E INDICAÇÕES** – *Coordenação*: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do
1129 CNS. **II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde da População Negra na CIT** –
1130 Conselheiro **Richarlls Martins** informou que, no dia 29 de agosto, o MS pactuou na Comissão
1131 Intergestores Tripartite o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde da População
1132 Negra, um instrumento jurídico que garante a operacionalização do Plano. Também informou
1133 que no dia 6 de setembro o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha e a Ministra da SEPPIR,
1134 Luiza Bairros, reuniram em audiência com representantes do Comitê Técnico de Saúde Integral
1135 da População Negra e, entre os encaminhamentos da audiência, destacou: compromisso do

1136 Ministério da Saúde com a criação de uma instância específica para gestão da Política
1137 Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do MS; no dia 23 de setembro a
1138 apresentação dos dados desagregados do Saúde Brasil, entre outros encaminhamentos
1139 relativos à saúde da mulher, com recorte racial e saúde da população quilombola. Por fim,
1140 solicitou a autorização do CNS para realizar uma reunião da CISP. Conselheira **Maria do**
1141 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que a proposta da Mesa Diretora do CNS era
1142 realizar uma reunião das coordenações das comissões, sendo necessário definir data, para
1143 ajustar as agendas de trabalho. Diante dessa questão, acordou-se que a proposta seria
1144 apreciada em outro momento. **65ª Congresso Brasileiro de Enfermagem** - Conselheira **Maria**
1145 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, informou que o Congresso seria realizado dia 6 de
1146 outubro, no Rio de Janeiro e, na oportunidade, seria feita homenagem ao CNS. Também
1147 comunicou que a coordenadora da CIRH encontra-se fora do país e estaria ausente a duas
1148 reuniões do Conselho. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apresentou os seguintes
1149 informes: a) Reunião de vigilância sanitária, coordenada por Débora Malta - é importante
1150 pautar novamente apresentação sobre a vigilância sanitária no CNS e também reservar espaço
1151 na pauta para tratar da prevenção da violência. b) I evento da Ouvidoria do SUS dos hospitais
1152 – participação representando o CNS. Disse que a ouvidoria do SUS está realizando caravanas
1153 e a proposta é garantir a participação do CNS. c) I oficina de saúde para 22 municípios.
1154 Santarém/PA. Na oportunidade, foi informada a construção de hidrelétrica que atingirá vários
1155 municípios. Nessa linha, salientou a importância de olhar sobre o desenvolvimento regional. **21**
1156 **de setembro – dia mundial de conscientização do Alzheimer**. Conselheira **Patrícia Novo**
1157 destacou que as políticas públicas voltadas ao envelhecimento são precárias e a doença, por
1158 conta do aumento da sobrevivência, torna-se cada vez mais um problema de saúde pública (em
1159 2010, 35,6 milhões de pessoas com Alzheimer). A expectativa é que esse número duplique a
1160 cada vinte anos, atingindo, 67,7 milhões em 2030. Disse que a incidência e a prevalência
1161 apontam a necessidade de refletir sobre as questões voltadas a doença, considerando,
1162 inclusive, que o Brasil está despreparado para o diagnóstico precoce e os estigmas que o idoso
1163 sofre. Além disso, fez referência à sobrecarga do cuidador da pessoa com Alzheimer.
1164 Ressaltou que, na data, a intenção da entidade é chamar a atenção para a importância do
1165 diagnóstico precoce e da interferência na qualidade de vida do idoso demenciado e do
1166 cuidador. **Encontro “Saúde mental e povos indígenas”**. Conselheira **Rosimeire Aparecida**
1167 **da Silva** informou que o encontro foi realizado pelos Conselhos de Psicologia, de 7 a 9 de
1168 agosto, em Mato Grosso do Sul e o relatório, com contribuições para a 5ª CNSI, seria
1169 encaminhado ao CNS (já havia sido enviado à SESAI). Também informou que participara de
1170 reunião do Grupo de Saúde Mental da Câmara dos Deputados que debateu a minuta de
1171 Portaria sobre pacientes judiciários e solicitou a apresentação da portaria no CNS. Por fim,
1172 disse que participara da audiência pública na CCJ sobre o PL 37/2013, PL das drogas, que foi
1173 aprovado na Câmara dos Deputados e encontra-se em tramitação no Senado Federal. Disse
1174 que a audiência foi positiva e sugeriu a participação do CNS nas próximas e também solicitou à
1175 assessoria parlamentar que acompanhe a tramitação desse projeto. Por fim, informou que o
1176 sistema conselhos de psicologia realizou o seu processo eleitoral e seria indicado novo
1177 representante do CFP em 2014. **8º Encontro Nacional do Movimento Popular de Saúde -**
1178 **MOPS**. Conselheiro **Livaldo Bento** informou que os Estados com MOPS organizados se
1179 preparam para o 8º Encontro Nacional a ser realizado nos 27, 28 e 29 de setembro, em
1180 Brasília. Convidou a presidente do CNS para participar da abertura e palestrar em mesa
1181 redonda e estendeu o convite aos demais conselheiros. **Mobilização dos povos indígenas**
1182 **em defesa da Constituição Federal de 1988**. Conselheiro **Edmundo Omere**, primeiro,
1183 comunicou que foi eleita nova coordenação da COIAB. Além disso, informou que no final de
1184 setembro e início de outubro (5) seria realizada mobilização dos povos indígenas em defesa da
1185 CF/88. No mais, comunicou que foi distribuída nota do CIMI que repudia com veemência a
1186 decisão do presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves (PMDB-RN), que,
1187 por meio de Ato da Presidência, constituiu, no calar da noite desta terça-feira, 10, a “Comissão
1188 Especial destinada a apreciar e proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição no. 215-
1189 A, de 2000”. Na visão do CIMI, a PEC 215/00 constitui-se em um atentado à Constituição
1190 Cidadã e à própria democracia no Brasil. Conselheiro **Luís Eugênio Portela Fernandes de**
1191 **Souza** sugeriu que o CNS verifique a possibilidade de entrar com ADIn contra esse projeto.
1192 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu marcar uma conversa
1193 com o CIMI e tratar do assunto na reunião com o Presidente da Câmara dos Deputados,
1194 Henrique Alves. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – conselheiro Clóvis Bouffleur**,
1195 Secretário Geral da 5ª CNSI, informou que a comissão organizadora reuniu-se naquela semana

1196 e, na oportunidade, foram colocadas dificuldades com a infraestrutura da Conferência. Disse
1197 que a Presidente da República anunciou corte de verbas para realização de eventos da
1198 Esplanada e, portanto, foi cancelado o local que estava quase definido para realizar o evento.
1199 Disse que está sendo verificada a possibilidade de parceria com o GDF para definição do
1200 local e o limite para essa escolha era aquela semana. Relatou que seis conferências distritais
1201 já aconteceram e 28 ocorrerão em outubro e, considerando mudança de data e local de
1202 algumas delas, seria necessário verificar essa questão com a assessoria técnica do CNS.
1203 Informou ainda que os documentos relativos à Conferência estavam à disposição no site da
1204 conferência. Também disse que houve um debate sobre a metodologia da Conferência, de
1205 modo a apontar formas de garantir que a conferência contribua para as demais conferências da
1206 área da saúde. Disse que a ideia é, ao final da conferência, além da votação das propostas,
1207 votar material com compromisso com a saúde indígena, configurando um processo mais
1208 amplo. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** acrescentou que houve mudança na
1209 coordenação da relatoria geral e a comissão de relatoria seria composta por 70 integrantes –
1210 15 apoio e 40 alunos da saúde indígena. Também lembrou que está prevista a participação dos
1211 conselheiros de saúde na Conferência e destacou que o FENTAS já indicou os nomes e o
1212 Fórum de Usuários precisava fazer o mesmo. Também relatou a sua participação, junto com
1213 outras conselheiras, na conferência do Amapá e destacou o êxito da atividade. Conselheira
1214 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, entendendo a necessidade de socializar o
1215 processo de construção da conferência, sugeriu pautar o tema nas próximas reuniões do CNS,
1216 considerando, inclusive, o material do Conselho Federal de Psicologia. Além disso, disse que
1217 participaria de uma das conferências distritais. No mais, salientou que cabe ao CNS realizar
1218 uma preparação política, com a participação do MS e outras áreas de governo, para definir os
1219 compromissos com as deliberações da Conferência voltadas a resolver o conjunto das
1220 necessidades não resolvidas. Conselheiro **Edmundo Omore** informou que a CISI/CNS se
1221 reuniria de 28 de outubro a 1º de novembro e, junto com os representantes do Fórum de
1222 Presidentes, seria feita avaliação das etapas distritais. Conselheiro **Luís Eugênio Portela**
1223 **Fernandes de Souza** destacou que é preciso debater a questão da saúde indígena porque
1224 não se refere apenas aos povos indígenas, mas sim ao modelo de desenvolvimento que está
1225 em discussão – democracia, respeito à dignidade humana. No seu modo de ver, era preciso
1226 debater se o Brasil desejava ser um país rico e desigual ou desenvolvimento e democrático.
1227 Conselheiro **Edmundo Omore** disse que não seria realizada a etapa da Conferência Indígena
1228 no Estado do Maranhão. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que a Comissão aguardava a
1229 decisão final sobre a realização ou não da Conferência para tomar iniciativa, se fosse o caso.
1230 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, ressaltou que era preciso
1231 manter o CNS informado a respeito para tomar as medidas necessárias. **Mobilização do**
1232 **Programa Mais Médicos em Belo Horizonte/MG**. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**
1233 informou que o CMS debateu o Programa Mais Médicos e realizou uma manifestação, no início
1234 de agosto, em apoio aos médicos estrangeiros. Além disso, comunicou que no dia 10 de
1235 setembro foi realizada audiência pública na Assembleia Legislativa que debateu o tema, com a
1236 participação de diversos segmentos, e foi manifestado apoio aos médicos estrangeiros que irão
1237 trabalhar em Minas Gerais. Disse que a CNTSS tem interesse em debater essa questão,
1238 considerando a relação com o debate da carreira e jornada de trabalho. Além disso, explicou
1239 que será feito diálogo com o governo de Minas Gerais por conta do descumprimento da
1240 determinação sobre a jornada de 30 horas e falta de definição sobre carreira, caso não haja
1241 resposta, haverá greve dos servidores. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** informou a sua
1242 participação, representando o CNS, na semana estadual da pessoa com deficiência, dia 28 de
1243 agosto, em Maceió/AL. Disse que vários municípios aderiram ao Plano Viver sem Limites e
1244 iniciou-se o debate para implantação da rede de cuidados na capital. Conselheira **Maria do**
1245 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, fez a leitura de parte da matéria publicada no Jornal
1246 Folha de São Paulo, por Cláudia Colucci: “Erramos. Não soubemos fazer o diagnóstico da
1247 situação. A população ficou contra a gente”. Ouvi a frase acima de um médico após debate
1248 sobre mercado de trabalho médico, promovido na noite de ontem pelo núcleo da GVSaúde, da
1249 Fundação Getúlio Vargas. Antes disso, outros médicos, inclusive um dos palestrantes, Miguel
1250 Srougi, professor titular de urologia da USP, já havia manifestado sua insatisfação sobre a
1251 maneira como as entidades médicas conduziram o debate sobre o programa Mais Médicos até
1252 agora. Ele lembrou que foi perdido tempo demais na defesa de que o país não precisava de
1253 mais médicos ou de mais escolas médicas, quando agora existe uma unanimidade de que não
1254 só o Brasil como o resto do mundo vive uma escassez de médicos. Outros médicos avaliaram
1255 como “um grande equívoco” os protestos contra os cubanos, considerada a cereja do bolo da

1256 antipatia médica perante a população. Em debate na USP na semana passada, Paulo Saldiva,
1257 professor de patologia da USP, resumiu a insatisfação numa frase. “Tive vergonha da minha
1258 categoria”, comentou, quando se referiu às vaias recebidas pelos cubanos ao chegarem ao
1259 Brasil. Drauzio Varella, na sua coluna do último sábado, também já tinha ido na mesma linha:
1260 “O que ganhamos com essas reações equivocadas? A antipatia da população e a acusação de
1261 defendermos interesses corporativistas.” Embora essa não seja a opinião oficial das entidades
1262 de classe que os representam, esses médicos estão certos em relação a que lado a população
1263 está agora. Pesquisa da Confederação Nacional do Transporte (CNT), divulgada ontem,
1264 apontou que 73,9% dos brasileiros se declararam favoráveis à importação dos profissionais
1265 formados no exterior. Em julho, esse percentual era de 49,7%. O número de entrevistados que
1266 disse ser contra o programa caiu de 47,4% em julho para 23,8% em setembro. Talvez os
1267 médicos tirem uma lição disso tudo: a necessidade de se colocarem na pele de quem vive nos
1268 rincões sem assistência médica. Essa população não quer saber se a União está se
1269 esquivando de investir os 10% em saúde ou de que os estrangeiros teriam que passar por
1270 exames de revalidação do diploma antes de começarem a atuar no país. Ela só quer um
1271 médico por perto (...). Por fim, conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou que havia sido
1272 disponibilizada aos conselheiros a minuta de recomendação sobre número único de
1273 identificação dos brasileiros, para deliberação. **ITEM 6 – CONEP – NORMA OPERACIONAL**
1274 **DA RESOLUÇÃO Nº. 466 DE 2013 - Apresentação: Carlos Augusto Grabois Gadelha,**
1275 **Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; conselheiro Jorge**
1276 **Alves de Almeida Venâncio,** coordenador da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa –
1277 **CONEP. Coordenação: conselheira Maria do Socorro de Souza,** Presidente do CNS.
1278 Iniciando, a Presidente do CNS lembrou que o objetivo daquele item de pauta era analisar e
1279 deliberar sobre a proposta de Norma Operacional da Resolução 466/2013. Antes de proceder à
1280 apreciação do documento, o coordenador da CONEP fez um breve informe sobre o trabalho da
1281 CONEP, destacando que a Comissão tem trabalhando para zerar a fila de protocolos
1282 pendentes e houve avanços na avaliação dos protocolos pelos relatores (o número foi reduzido
1283 pela metade). Por outro lado, disse que enfrentava dificuldades em relação à assessoria
1284 técnica e tem sido envidados esforços para resolver a situação. Além disso, informou que
1285 foram constituídos GTs para elaborar as resoluções operacionais sobre projeto das áreas de
1286 ciências sociais e humanas; projetos estratégicos para o SUS; e classificação de riscos e
1287 classificação dos CEPs. O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha,**
1288 cumprimentou os conselheiros e registrou que a proposta é desdobramento da ação conjunta
1289 que culminou com a aprovação da Resolução nº. 466/2012. Ressaltou que essa iniciativa
1290 atende a um dos eixos prioritários do CNS – ciência, tecnologia e inovação – insere-se no
1291 contexto da necessidade de reforçar o compromisso com a ética em pesquisa e superar a
1292 dependência de pesquisas que não se consegue realizar no país. Por fim, reiterou o processo
1293 de trabalho convergente da SCTIE com o coordenador da CONEP. Conselheiro **Jorge Alves**
1294 **de Almeida Venâncio,** coordenador da CONEP, procedeu à apresentação da minuta de
1295 resolução, explicando, inicialmente, que foi discutida pelo Plenário da CONEP e aprovada por
1296 consenso. Disse que foi incluída uma emenda posterior à reunião para corrigir um equívoco.
1297 Feita essa consideração, procedeu à leitura da proposta, com considerações e os conselheiros
1298 solicitaram destaques que foram apresentados e apreciados ao final da leitura. O texto é o
1299 seguinte: “NORMA OPERACIONAL Nº XXX/2013. 1. DISPOSIÇÕES GERAIS: A presente
1300 Norma Operacional dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e
1301 sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de
1302 desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII,
1303 da Resolução do CNS nº.466, de 12 de dezembro de 2012. As propostas de pesquisa e de
1304 desenvolvimento como também sua efetivação e divulgação de pareceres dos Comitês de
1305 Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) devem
1306 ocorrer por meio da Plataforma Brasil. É indispensável o cadastro na Plataforma Brasil, para
1307 apresentação da pesquisa à apreciação do Sistema CEP/CONEP e para sua respectiva
1308 avaliação ética, de todos os pesquisadores, dos CEP e das instituições envolvidas nas
1309 pesquisas. 2. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO SISTEMA CEP/CONEP. 2.1.
1310 ASPECTOS COMUNS. A) Do conflito de interesses: Os membros do CEP e da CONEP
1311 deverão atuar de forma voluntária, autônoma e independente no exercício de sua função, que é
1312 de elevado interesse público. É vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer
1313 atividades nas quais interesses privados possam comprometer o interesse público e sua
1314 imparcialidade no exercício de suas atividades no sistema CEP/CONEP. As relações
1315 financeiras levam aos conflitos mais facilmente reconhecidos e incluem relações de emprego,

1316 consultoria, propriedade de ações ou opções, honorários e patentes com instituições ou
1317 organizações financiadoras de pesquisa. Também podem surgir conflitos de interesse
1318 caracterizados pelo exercício do poder dentro da instituição mantenedora do CEP. Os
1319 membros do sistema CEP/CONEP deverão apresentar declaração, por escrito, comprovando a
1320 sua autonomia e independência no exercício como membro, já no momento da sua candidatura
1321 ou aceitação de indicação. B) Do funcionamento: o funcionamento do Sistema CEP/CONEP
1322 será disciplinado por regimento interno, aprovado por sua plenária, com quórum mínimo de
1323 dois terços dos membros. O regimento deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:
1324 número de reuniões; número máximo de ausências/ano de seus membros; controle das
1325 presenças; quórum e modus operandi das reuniões deliberativas; horário de funcionamento;
1326 local e horário de atendimento ao público em geral e aos pesquisadores; duração do mandato
1327 e forma de renovação dos seus membros; disposições sobre sigilo e confidencialidade;
1328 capacitação de seus membros e promoção da educação em ética em pesquisa envolvendo
1329 seres humanos. C) Do sigilo: O conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos
1330 protocolos tramitados no Sistema CEP/CONEP é de ordem estritamente sigilosa; suas reuniões
1331 serão sempre fechadas ao público. Os membros do CEP e todos os funcionários que terão
1332 acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-
1333 se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade. D) Do registro das reuniões: Durante
1334 as reuniões será lavrada ata, que deverá ser disponibilizada a todos os membros dos
1335 CEP/CONEP, no prazo de até 30 (trinta) dias. Da ata deverão constar: as deliberações da
1336 plenária; a data e horário de início e término da reunião; o registro nominal dos presentes e as
1337 justificativas das ausências. E) Do parecer: O parecer deve ser elaborado de forma clara,
1338 objetiva, detalhada e estar suficientemente motivado para subsidiar a decisão do colegiado,
1339 com ênfase nos seguintes pontos: análise tica do protocolo; risco-benefício da pesquisa e sua
1340 relevância social; processo de recrutamento, inclusão e exclusão dos participantes da
1341 pesquisa; processo de obtenção do TCLE; justificativa para a dispensa do TCLE, se couber;
1342 procedimentos aptos à efetivação da garantia do sigilo e confidencialidade; proteção dos
1343 participantes da pesquisa que se encontram em situação de vulnerabilidade, quando
1344 pertinente; orçamento para realização da pesquisa; cronograma de execução; dentre outros. O
1345 parecer será validado na Plataforma Brasil preferencialmente durante os trabalhos da reunião.
1346 F) Da análise ética: Compete ao Sistema CEP/CONEP, dentre outras, a função de análise ética
1347 de protocolos de pesquisa com seres humanos, apresentados conforme o item três (3) da
1348 presente Norma (Protocolo de pesquisa). G) Da deliberação ética: A análise do protocolo de
1349 pesquisa culminará com o seu enquadramento em uma das seguintes categorias, conforme o
1350 caso: 1) Aprovado: quando o protocolo encontra-se totalmente adequado para execução. 2)
1351 Com pendência: quando a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão
1352 solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa. Por mais simples que
1353 seja a exigência feita, o protocolo continua em “pendência”, enquanto esta não estiver
1354 completamente atendida. 3) Não Aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos
1355 do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em
1356 “pendência”. 4) Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas
1357 às pendências apontadas ou para recorrer. 5) Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em
1358 andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao
1359 participante da pesquisa. 6) Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP, por intermédio de
1360 parecer fundamentado, acatar a solicitação do pesquisador responsável para a retirada do
1361 protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado. H)
1362 Da tramitação das emendas e extensões: 1. Emenda é toda proposta de modificação ao
1363 projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou. As emendas devem ser
1364 apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser
1365 modificado e suas justificativas. A emenda será analisada pelas instâncias de sua aprovação
1366 final (CEP e/ou CONEP). 2. Extensão é a proposta de prorrogação ou continuidade da
1367 pesquisa com os mesmos participantes recrutados, sem mudança essencial nos objetivos e na
1368 metodologia do projeto original. Havendo modificações importantes de objetivos e métodos,
1369 deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa. I) Do arquivo: o Sistema CEP/CONEP deve
1370 manter, sob sua guarda e responsabilidade, os protocolos de pesquisa e demais documentos,
1371 inclusive digitalizados, pelo prazo mínimo de cinco (5) anos a contar do encerramento do
1372 protocolo. Decorrido este tempo, o CEP deverá avaliar os documentos com vistas a sua
1373 destinação final, de acordo com a legislação vigente. 1. Os protocolos anteriores à
1374 implementação da Plataforma Brasil poderão ser digitalizados para arquivamento. J) Da
1375 tramitação de Eventos Adversos Sérios (EAS): EAS é qualquer ocorrência médica desfavorável

1376 que resulta em: 1) Morte; 2) Ameaça ou risco de vida; 3) Hospitalização ou prolongamento de
1377 uma hospitalização preexistente, excetuando-se as cirurgias eletivas e as internações previstas
1378 no protocolo; 4) Incapacidade persistente ou significativa; 5) Anomalia congênita ou defeito de
1379 nascimento e 6) Ocorrência médica significativa que, baseado em julgamento médico
1380 apropriado, pode prejudicar o paciente e/ou requerer intervenção médica ou cirúrgica para
1381 prevenir quaisquer das demais ocorrências supracitadas. Os relatórios de pesquisa devem ser
1382 enviados semestralmente, comunicando ao CEP a ocorrência de eventos adversos esperados
1383 ou não esperados. O CEP assumirá, com o pesquisador, a corresponsabilidade pela
1384 preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa,
1385 cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à Anvisa a ocorrência de eventos adversos graves.
1386 O formulário de notificação encontra-se disponível, para preenchimento, em:
1387 http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. K) Das denúncias e situações
1388 de infração ética: ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo
1389 as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados
1390 para averiguação nas instâncias competentes e, quando couber, a outras instâncias e ao
1391 Ministério Público. 2.2. ASPECTOS OPERACIONAIS DOS CEP. A) Do
1392 credenciamento/recredenciamento dos CEP: o processo de credenciamento e renovação de
1393 um CEP é regulado por Resolução específica do CNS. 1. O registro e credenciamento ou
1394 renovação de registro e credenciamento do CEP será efetivado mediante solicitação formulada
1395 pelo responsável da instituição acompanhada do regimento interno e de documento de
1396 compromisso de assegurar as condições mínimas de funcionamento do CEP, dentre outros
1397 documentos exigidos em resolução específica. 2. A operacionalização do CEP inclui, dentre
1398 outros, a obrigatória capacitação, inicial e permanente, dos membros que o comporão devendo
1399 a comprovação de tal capacitação ser encaminhada à CONEP (*comentário: é possível*
1400 *credenciamento e acreditação ao mesmo tempo – credenciamento para CEPs mais simples e*
1401 *acreditação para os mais completos*). B) Da composição: será composto por, no mínimo, sete
1402 (7) membros, dentre eles, pelo menos, um representante de usuários, respeitando-se a
1403 proporcionalidade pelo número de membros. Pelo menos 50% dos membros deverão
1404 comprovar ter experiência em pesquisa. Poderá variar na sua composição, de acordo com as
1405 especificidades da instituição e dos temas de pesquisa a serem analisados. Terá, sempre,
1406 caráter multidisciplinar, não devendo haver mais que a metade dos seus membros pertencente
1407 à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá, ainda, contar
1408 com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes, ou não, à instituição, com a finalidade de
1409 fornecer subsídios técnicos. 1. Da indicação do membro usuário: A indicação da
1410 representação de usuários é feita, preferencialmente, pelos Conselhos Municipais ou Estaduais
1411 de Saúde, cabendo ao CNS, por meio da CONEP, contribuir no processo de fortalecimento da
1412 participação dos representantes de usuários. A indicação do usuário também poderá ser feita
1413 por movimentos sociais, entidades representativas de usuários e encaminhadas para a análise
1414 e aprovação da CONEP. 2. Da substituição de membros: Ao CEP cabe comunicar as situações
1415 de vacância ou afastamento de membros, e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas,
1416 justificando-as. C) Da vacância, afastamento e ausências: cabe ao CEP ante as situações de
1417 vacância, afastamento ou ausências injustificadas por parte de seus membros, adotar as
1418 providências de substituição, comunicando o fato à CONEP. D) Dos prazos: O prazo para
1419 emissão do parecer inicial pelo CEP é de trinta (30) dias a partir da aceitação na integralidade
1420 dos documentos do protocolo, cuja checagem documental deverá ser realizada em até 10 dias
1421 após a submissão. E) Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de trinta (30)
1422 dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este
1423 prazo, o CEP terá trinta (30) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o
1424 protocolo. F) As pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo corpo
1425 técnico-administrativo e/ou pela coordenação do CEP, e comunicadas, diretamente, ao
1426 pesquisador. G) Do cumprimento das recomendações da CONEP: Ao CEP cabe verificar, junto
1427 ao pesquisador, o cumprimento das recomendações feitas nos pareceres da CONEP, antes de
1428 autorizar o início da pesquisa. Ao verificar o não cumprimento dessas recomendações, cabe ao
1429 CEP manter o protocolo em “pendência” ou, em casos justificáveis, não aprová-lo, obedecendo
1430 ao prazo estabelecido para a tramitação de respostas a pendências. H) Dos recursos: Das
1431 deliberações do CEP cabe recurso de reconsideração, ao próprio CEP, no prazo de trinta (30)
1432 dias. I) Se o CEP indeferir o recurso de reconsideração, o pesquisador poderá interpor recurso
1433 à CONEP, como última instância, no prazo de trinta (30) dias. J) Do papel educativo e de
1434 capacitação: visa ao fortalecimento de suas decisões, bem como da proteção integral dos
1435 participantes de pesquisa. Para tanto o CEP deve aprovar, no primeiro bimestre de cada ano,

1436 um plano de capacitação permanente dos seus membros, podendo articular-se com outros
1437 Comitês para a execução desse plano. K) Dos relatórios à CONEP: os relatórios de atividades
1438 dos CEP devem indicar, qualitativamente, como ocorreu a dinâmica de atuação do Comitê
1439 entre seus membros, bem como, junto a pesquisadores, participantes de pesquisa e instituição
1440 mantenedora. Devem ser enviados para a CONEP no primeiro bimestre de cada semestre,
1441 apontando os dados qualitativos das atividades dos últimos 6 meses, conforme orientação da
1442 página eletrônica da CONEP (Anexo I). L) Das articulações dos CEP: os CEP devem articular-
1443 se entre si, bem como buscar estabelecer articulações fora do Sistema CEP-CONEP para o
1444 cumprimento de sua missão protetiva dos participantes de pesquisa. De sua rede de
1445 articulações, destacam-se: os movimentos sociais, as instituições de ensino, as entidades de
1446 representação de usuários e trabalhadores em saúde, as instâncias do Controle Social como
1447 Conselhos e Conferências, e órgãos de comunicação. 2.3. ASPECTOS OPERACIONAIS DA
1448 CONEP. A) Da caracterização e vinculação: A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
1449 (CONEP/CNS/MS) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa,
1450 educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, cujo processo eleitoral,
1451 organização e competências dar-se-ão de acordo com as normas do CNS. B) Da Secretaria
1452 Executiva: a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
1453 (SCTIE/MS) exerce a função de Secretaria Executiva da CONEP/CNS, sendo responsável por
1454 sua gestão organizacional e por promover a articulação do Sistema CEP-CONEP com a
1455 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), respeitando as
1456 atribuições superiores da Comissão e do CNS. Compete, ainda, ao secretário da SCTIE/MS
1457 indicar um secretário-executivo, um coordenador adjunto e dois membros representantes da
1458 SCTIE/MS para compor a CONEP/CNS, nos termos da Resolução CNS 446/2011. C) Da
1459 composição: a CONEP/CNS/MS terá composição multidisciplinar, com participação equitativa
1460 de gênero e será composta por 30 (trinta) membros titulares e 5 (cinco) membros suplentes,
1461 que assumirão em eventuais vacâncias ou impossibilidades dos titulares sendo que dentre os
1462 membros titulares, 8 (oito) representarão os segmentos do Conselho Nacional de Saúde, de
1463 forma paritária (Conforme Art. 2 da Resolução 446/2011 do CNS). D) Da deliberação ética: A
1464 deliberação ética da CONEP observará, além das categorias elencadas no item 2.1.H supra, as
1465 seguintes: 1. Aprovado com recomendações ao CEP: quando a CONEP considera que as
1466 correções do protocolo podem ser verificadas somente no âmbito do CEP. 2. Devolvido:
1467 quando houver erro de submissão de protocolo de pesquisa por parte do CEP, à CONEP. E)
1468 Da vacância, afastamento e ausências: cabe à CONEP comunicar ao CNS as situações de
1469 vacância, afastamento ou ausências injustificadas por parte de seus membros, para
1470 providências de substituição. F) Da análise ética: O prazo para emissão do parecer inicial, pela
1471 CONEP, é de sessenta (60) dias, a partir do aceite da documentação. A CONEP terá até 15
1472 dias para fazer a revisão documental, a partir do dia da submissão do protocolo pelo
1473 pesquisador. Frente ao parecer com pendência, o pesquisador terá o prazo de trinta (30) dias,
1474 contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Após o recebimento da
1475 resposta da pendência por parte do pesquisador, a CONEP terá o prazo máximo de quarenta e
1476 cinco (45) dias para emitir parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo. As pendências
1477 meramente documentais serão previamente apreciadas pelo corpo técnico-administrativo e/ou
1478 pela coordenação da CONEP e comunicadas, diretamente, ao pesquisador, devendo, o
1479 mesmo, observar a relação documental necessária às especificidades do seu protocolo, no
1480 Anexo II. G) Do recurso: A CONEP decidirá: 1) O recurso de reconsideração interposto contra
1481 as decisões proferidas nos protocolos que são da competência originária da CONEP, o
1482 pesquisador terá trinta (30) dias para interpor recurso, apresentando fato novo que justifique a
1483 reanálise, cabendo à CONEP emitir o seu parecer final em quarenta e cinco (45) dias; 2)
1484 Recurso interposto pelo pesquisador como descrito no item 2.2.F. em razão do indeferimento
1485 de anterior recurso de reconsideração. Das deliberações do CEP cabe recurso à CONEP, no
1486 prazo de trinta (30) dias. A CONEP analisará o recurso encaminhado pelo CEP, proferindo
1487 decisão no sentido de: i. Aprovado; ii. Aprovado com recomendações ao CEP; iii. Com
1488 pendências; iv. Não aprovado: mediante a não aprovação do recurso, encerra-se a tramitação
1489 do protocolo, que será arquivado. H) Das audiências: a CONEP concede audiências mediante
1490 solicitações dos pesquisadores, interessados, quando, durante o processo de análise, a
1491 plenária considere importante que o próprio pesquisador faça a sua argumentação verbal ou
1492 em outras situações que se mostrem pertinentes, sempre a critério do juízo de oportunidade e
1493 conveniência da CONEP. As audiências devem ser solicitadas pelo e-mail
1494 conep.audiencia@saude.gov.br. I) Do papel educativo e de capacitação: dentre as diversas
1495 atribuições da CONEP, encontra-se o seu papel educativo, visando ao fortalecimento de suas

1496 decisões internas, bem como da proteção final dos participantes de pesquisa. Para tanto, a
1497 CONEP promove e participa de eventos educativos. A agenda de participação da CONEP é de
1498 atribuição da sua plenária, mediante demandas apresentadas à sua Secretaria Executiva pelo
1499 e-mail conep.eventos@saude.gov.br. J) Do relatório das atividades: a CONEP deve elaborar e
1500 encaminhar para a análise e aprovação do CNS, o seu relatório anual de atividades no primeiro
1501 bimestre de cada ano, mediante análise da execução do seu planejamento orçamentário. K) Do
1502 plano de trabalho: a CONEP deve elaborar e encaminhar para a análise e aprovação do CNS,
1503 no primeiro trimestre de cada ano, seu plano de trabalho, em consonância com o plano trienal
1504 do CNS e com a previsão orçamentária anual. L) Do credenciamento/recredenciamento dos
1505 CEP: o processo de credenciamento e renovação de um CEP é regulado por Resolução
1506 específica do CNS. À CONEP compete credenciar, recredenciar ou descredenciar os CEP. M)
1507 Do processo de monitoramento dos CEP: Os CEP serão monitorados pela CONEP por meio
1508 de: 1. Análise do CEP na Plataforma Brasil; 2. Análise do relatório semestral do CEP; 3. Visitas
1509 de Inspeção, deliberadas pela Coordenação da CONEP, realizadas por membros da CONEP e
1510 CNS, que poderão ocorrer a qualquer momento com ou sem aviso prévio ao CEP; 4.
1511 Denúncias oriundas de pesquisadores, participantes de pesquisas, membros de CEP e da
1512 CONEP e outras. N) Das articulações da CONEP: a CONEP deve articular-se interna e
1513 externamente ao Sistema CEP-CONEP para o cumprimento de sua missão protetiva dos
1514 participantes de pesquisa. De sua rede de articulações destacam-se: a Anvisa, a Secretaria de
1515 Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, os órgãos do Poder Legislativo, os
1516 órgãos do Poder Judiciário, os movimentos sociais, as instituições de ensino, as entidades
1517 científicas, as entidades de representação de usuários e trabalhadores em saúde, outras
1518 instâncias do Controle Social como Conselhos e Conferências e órgãos de comunicação. 3 –
1519 PROTOCOLO DE PESQUISA. 3.1) Protocolo de pesquisa: é o conjunto de documentos, que
1520 pode ser variável a depender do tema, incluindo o projeto, e que apresenta a proposta de uma
1521 pesquisa a ser analisada pelo Sistema CEP-CONEP. (vide Anexo II desta Norma Operacional).
1522 3.2) Requisitos para submissão de um protocolo: O protocolo, para ser submetido à revisão
1523 ética, deverá ter seu pesquisador responsável cadastrado na Plataforma Brasil no endereço
1524 eletrônico: <http://www.saude.gov.br/plataformabrasil> e seguir as orientações para o
1525 cadastramento. Somente serão apreciados protocolos de pesquisa lançados na Plataforma e
1526 que apresentarem toda a documentação solicitada, em Português acompanhado dos originais
1527 em língua estrangeira, quando houver. 3.3) Todos os protocolos de pesquisa devem conter: a)
1528 Folha de rosto: todos os campos devem ser preenchidos, datados e assinados, com
1529 identificação dos signatários. As informações prestadas devem ser compatíveis com as do
1530 protocolo. A identificação das assinaturas deve conter, com clareza, o nome completo e a
1531 função de quem assina, preferencialmente indicados por carimbo. O título da pesquisa será
1532 apresentado em língua portuguesa e será idêntico ao do projeto de pesquisa; b) Declarações
1533 pertinentes, conforme a lista de checagem apresentada no Anexo II da presente norma,
1534 devidamente assinadas; c) Declaração de compromisso do pesquisador responsável,
1535 devidamente assinada, de anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o
1536 sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais; d) Garantia de que os
1537 benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de
1538 retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa; e) Orçamento
1539 financeiro: detalhar os recursos, fontes e destinação; forma e valor da remuneração do
1540 pesquisador; apresentar em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor do
1541 câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa; apresentar previsão de
1542 ressarcimento ou compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus
1543 acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação. *PROPOSTA*
1544 *(Coordenação CONEP e MS- incluir inserção do explicitado na Resolução do CNS n°. 466):*
1545 Orçamento financeiro: detalhar os recursos, fontes e destinação; forma e valor da remuneração
1546 do pesquisador; apresentar em moeda nacional ou, quando em moeda estrangeira, com o valor
1547 do câmbio oficial em Real, obtido no período da proposição da pesquisa; *apresentar previsão*
1548 *de ressarcimento de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais*
1549 *como transporte e alimentação, e compensação material nos casos ressaltados no item II.10*
1550 *da Resolução do CNS 466/12.* f) Cronograma que descreva a duração total e as diferentes
1551 etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente
1552 será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP-CONEP; g) Termo de Consentimento
1553 Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento público específico para cada pesquisa, incluindo
1554 informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, sobre o
1555 responsável por obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos participantes da

1556 pesquisa, ou a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador
1557 responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação. h) Demonstrativo da existência de
1558 infraestrutura necessária e apta ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais
1559 problemas dela resultantes, com documento que expresse a concordância da instituição e/ou
1560 organização por meio de seu responsável maior com competência; i) Outros documentos que
1561 se fizerem necessários, de acordo com a especificidade da pesquisa; j) Projeto de pesquisa
1562 original na íntegra. 3.4) Do projeto de pesquisa: o projeto de pesquisa é o documento
1563 fundamental para que o Sistema CEP-CONEP possa proceder à análise ética da proposta,
1564 devendo ser formulado pelo pesquisador ou e, em caso de projetos multicêntricos
1565 internacionais, revisados, interpretados e corretamente traduzidos para o português. Os itens
1566 do projeto variam de acordo com sua natureza e procedimentos metodológicos utilizados.
1567 3.4.1) Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente: 1 – Tema: contido no
1568 título; 2 – Objeto da pesquisa: o que se pretende pesquisar; 3 – Relevância social: importância
1569 da pesquisa em seu campo de atuação, apresentada pelo pesquisador; 4 – Objetivos:
1570 propósitos da pesquisa; 5 – Local de realização da pesquisa: com detalhamento das
1571 instalações, dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as
1572 várias etapas da pesquisa. Em caso de estudos nacionais ou internacionais multicêntricos,
1573 deve ser apresentada lista de centros brasileiros participantes, constando o nome do
1574 pesquisador responsável, instituição, Unidade Federativa (UF) a que a instituição pertence e o
1575 CEP responsável pelo acompanhamento do estudo em cada um dos centros. Em caso de
1576 estudos das Ciências Sociais e Humanas, o pesquisador, quando for o caso, deve descrever o
1577 campo da pesquisa, caracterizando-o geográfica, social e/ou culturalmente, conforme o caso; 6
1578 – População a ser estudada: características esperadas da população, tais como: tamanho,
1579 faixa etária, sexo, cor/raça (classificação do IBGE), classes e grupos sociais, e outras que
1580 sejam pertinentes à descrição da população e que possam, de fato, ser significativas para a
1581 análise ética da pesquisa; na ausência da delimitação da população, deve ser apresentada
1582 justificativa para a não apresentação da descrição da população, e das razões para a utilização
1583 de grupos vulneráveis, quando for o caso; 7 – Garantias éticas aos participantes da pesquisa:
1584 medidas que garantam a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e
1585 a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade,
1586 sigilo e confidencialidade e o modo de efetivação. Protocolos específicos da área de ciências
1587 humanas que, por sua natureza, possibilitam a revelação da identidade dos seus participantes
1588 de pesquisa, poderão estar isentos da obrigatoriedade da garantia de sigilo e
1589 confidencialidade, desde que o participante seja devidamente informado e dê o seu
1590 consentimento; 8 – Método a ser utilizado: descrição detalhada dos métodos e procedimentos
1591 justificados com base em fundamentação científica; a descrição da forma de abordagem ou
1592 plano de recrutamento dos possíveis indivíduos participantes, os métodos que afetem
1593 diretamente ou indiretamente os participantes da pesquisa, e que possam, de fato, ser
1594 significativos para a análise ética; 9 - Cronograma: informando a duração total e as diferentes
1595 etapas da pesquisa, em número de meses, com compromisso explícito do pesquisador de que
1596 a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP-CONEP; 10 –
1597 Orçamento: Apresentado de acordo com o item 3.3.e; 11 – Critérios de inclusão e exclusão dos
1598 participantes da pesquisa: devem ser apresentados de acordo com as exigências da
1599 metodologia a ser utilizada; 12 – Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa: o
1600 risco, avaliando sua graduação, e descrevendo as medidas para sua minimização e proteção do
1601 participante da pesquisa; as medidas para assegurar os necessários cuidados, no caso de
1602 danos aos indivíduos; os possíveis benefícios, diretos ou indiretos, para a população estudada
1603 e a sociedade; 13 – Critérios de encerramento ou suspensão de pesquisa: Devem ser
1604 explicitados, quando couber; 14 – Resultados do estudo: Garantia do pesquisador que os
1605 resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e instituições onde os
1606 dados foram obtidos. 15 - Divulgação dos resultados: garantia pelo pesquisador de encaminhar
1607 os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos autores. 15.1 - Nos
1608 casos que envolverem patenteamento, possíveis postergações da divulgação dos resultados
1609 devem ser notificadas e autorizadas pelo Sistema CEP-CONEP; 16 – Declarações de
1610 responsabilidade, devidamente assinadas, do pesquisador, por responsável maior com
1611 competência da instituição, do promotor e do patrocinador, conforme Anexo II, observada a
1612 Área Temática; 17 - Declaração assinada por responsável institucional, disponibilizando a
1613 existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender
1614 eventuais problemas dela resultantes; 3.4.2) Requisitos específicos dos protocolos de
1615 pesquisa: a) Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de

1616 procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto às
1617 agências regulatórias do país de origem; b) Identificar as fontes materiais de pesquisa, tais
1618 como espécimes, registros, dados, a serem obtidos de seres humanos, indicando se esse
1619 material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se, também será
1620 usado para outros fins; c) Relação das instituições participantes, na dependência do protocolo
1621 proposto: i. Protocolos multicêntricos no Brasil: elencar o centro coordenador, centros
1622 participantes (indicando o pesquisador responsável pela pesquisa no centro e o CEP que
1623 acompanhará o andamento do estudo); ii. Protocolos com centros coparticipantes: elencar,
1624 além do centro proponente do estudo, os centros coparticipantes. d) Pesquisas com
1625 coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil que contem com copatrocínio do
1626 Governo Brasileiro deverão explicitá-lo por meio de anuência oficial emitida pelo gestor federal
1627 de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde.” Não foi feita a leitura dos anexos.
1628 Finalizando, disse que no mês de outubro deveria ser realizada eleição da CONEP para
1629 escolha de 15 membros, 11 dos CEPs e 4 do CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson**
1630 **Mussolini**, inicialmente, solicitou maiores esclarecimentos sobre o objetivo do item 2.1, “a”, “do
1631 Conflito de Interesses”. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da
1632 CONEP/CNS, respondeu que o item visa garantir autonomia em relação à administração da
1633 instituição ao qual o CEP estava vinculado. Conselheiro **Nelson Mussolini** também destacou o
1634 item “c”, “Do sigilo”, para ponderar que o texto estava muito amplo e conflitava com outros
1635 itens, por exemplo, letra “K”. Nessa lógica, perguntou como fazer denúncia sem saber do que
1636 trata o protocolo. Desse modo, avaliou que a maioria das questões tratadas, com exceção das
1637 patentes, deveria ser mais aberta. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** explicou
1638 que era necessário ter um critério de rigor de sigilo de todos os protocolos. Conselheiro **Nelson**
1639 **Mussolini** avaliou que a questão do sigilo estava muito fechado (todos os documentos
1640 fechados ao público) e qualquer um poderia ter interesse em conhecer o processo. Conselheiro
1641 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que o item visava
1642 garantir o sigilo que as patentes e os protocolos necessitavam. Conselheira **Alessandra**
1643 **Ribeiro de Souza** explicou que todas as discussões da CONEP resultavam em documentos –
1644 cartas aos CEPs, resoluções - amplamente socializados à sociedade e aos CEPs, inclusive
1645 disponíveis na Plataforma Brasil. Esclareceu que o item defendia o sigilo em relação aos
1646 protocolos que estavam em análise. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** frisou
1647 que o sigilo era necessário para resguardar os envolvidos na pesquisa e lembrou que,
1648 posteriormente, a consulta era socializada. O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto**
1649 **Grabois Gadelha**, explicou que o pesquisador bem intencionado teria espaço confortável de
1650 atuação e a Plataforma Brasil traria as informações necessárias. Conselheiro **Nelson**
1651 **Mussolini** destacou que a redação do item deixava a questão do sigilo muito fechada,
1652 portanto, era preciso criar regras para abrir um pouco essa questão. Também destacou a letra
1653 “E) Do parecer” (2. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO SISTEMA CEP/CONEP), para
1654 solicitar a exclusão do termo “dentre outros”, porque em normas não se devia incluir
1655 expressões que criam subjetividades (sugestões: substituir por “todos” ou “nenhum”).
1656 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que a
1657 letra “e” detalhava a forma como deveria ser o parecer, definindo questões indispensáveis e
1658 possibilitando a apresentação de outras (por isso, o uso da expressão “dentre outros”).
1659 Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que normas não deviam contemplar expressões
1660 subjetivas, todavia, disse que não defenderia a modificação caso o coordenador da CONEP e o
1661 Plenário entendessem desnecessário. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse
1662 que, nesse caso, a flexibilidade não atrapalhava o funcionamento do Sistema. Conselheira
1663 **Marisa Furia Silva** defendeu a exclusão da expressão “dentre outros”. Conselheiro **Clóvis**
1664 **Bouffleur** explicou que o trecho “com ênfase nos seguintes pontos” possibilitava a
1665 apresentação de outros aspectos, portanto, o termo “dentre outros” era dispensável.
1666 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu destacar o item e seguir
1667 com os demais inscritos. Conselheiro **Nelson Mussolini** destacou a letra “F) Da análise ética:
1668 Compete ao Sistema CEP/CONEP, dentre outras, a função de análise ética (...)” para solicitar
1669 maior esclarecimento sobre a expressão “dentre outras”. Também fez referência ao item 6,
1670 letra “G - Da deliberação ética” (“(6) Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP, por intermédio
1671 de parecer fundamentado, acatar a solicitação do pesquisador responsável para a retirada do
1672 protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado”) para
1673 questionar por que a retirada de um protocolo precisava ser fundamentada uma vez que
1674 não estava em execução. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da
1675 CONEP/CNS, explicou que, nesse caso, o parecer fundamentado era da CONEP. Conselheiro

1676 **Nelson Mussolini** avaliou que o CNS não precisava elaborar parecer fundamentado para
1677 acatar uma desistência. O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**,
1678 explicou que a intenção era evitar demandas que mobilizassem o Sistema e, posteriormente,
1679 houvesse desistência. Conselheiro **Nelson Mussolini** concordou que o problema existia, mas
1680 não se resolvia com um parecer fundamentado da CONEP. Conselheira **Alessandra Ribeiro**
1681 **de Souza** avaliou que a retirada também precisava ser objeto de análise da CONEP a fim de
1682 verificar se a desistência não causaria prejuízo aos participantes da pesquisa do protocolo
1683 proposto. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** também avaliou como
1684 desnecessário parecer fundamentado no caso em questão porque a pesquisa ainda não havia
1685 sido iniciada e porque contribuiria na diminuição das filas. Conselheira **Maria do Socorro de**
1686 **Souza**, Presidente do CNS, ponderou que o ponto relevante da proposta era garantir
1687 transparência na tramitação do processo. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1688 coordenador da CONEP/CNS, diante das ponderações, sugeriu retirar o trecho “Por intermédio
1689 do parecer fundamentado”, deixando a opção de elaborar o parecer de acordo com cada caso.
1690 Também destacou que era frequente o início do protocolo de pesquisa antes da aprovação e,
1691 nesses casos, por exemplo, era necessário parecer da CONEP. Conselheira **Maria do Socorro**
1692 **de Souza**, Presidente do CNS, defendeu a manutenção do trecho, justificando que o parecer
1693 fundamentado visava garantir a transparência e o exercício do tempo determinado (manter na
1694 Plataforma Brasil por 30 ou 60 dias). Também manifestou preocupação com a informação que
1695 pesquisas iniciavam-se sem a aprovação da CONEP. O coordenador da CONEP informou que,
1696 nesses casos, a CONEP não emitia parecer favorável. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**
1697 **Pinheiro** ponderou que a justificada de retirada deveria ser apresentada pelo pesquisador e
1698 não pela CONEP ou CEP. O Secretário **Carlos Augusto Grabois Gadelha** sugeriu retirar
1699 “Por intermédio do parecer fundamentado” e incluir “acatar a solicitação do pesquisador
1700 responsável mediante justificativa para retirada do protocolo”. A alteração foi acatada.
1701 Conselheiro **Mussolini Mussolini** destacou a Letra N, Das articulações da CONEP, para
1702 propor a inclusão de “entidades representativas dos patrocinadores” na rede de
1703 articulações. A proposta foi acatada. Todavia, o Secretário **Carlos Augusto Grabois**
1704 **Gadelha**, a fim de evitar conflito de interesse, sugeriu substituir “entidades
1705 representativas dos patrocinadores” por “Entidades representativas do setor produtivo
1706 em saúde”. A proposta foi aprovada. No item 3.4.2) Requisitos específicos dos protocolos
1707 de pesquisa, conselheiro **Nelson Mussolini** citou a letra “a”, para ressaltar a necessidade de
1708 explicitar que se tratava de um produto novo no Brasil, pois, em se tratando de produto novo na
1709 área de pesquisa, significava não havia registro em nenhum lugar ainda. Conselheiro **Jorge**
1710 **Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que se tratava de
1711 produto novo no Brasil e, caso não houvesse registro, era preciso declarar. Conselheira **Maria**
1712 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que seria preciso incluir um adendo no item
1713 deixando clara a explicação do coordenador da Comissão. **Conselheiro Nelson Mussolini**
1714 **propôs a seguinte redação para o item 3.4.2), que foi aprovada: “Requisitos específicos**
1715 **dos protocolos de pesquisa: Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo**
1716 **para a saúde no Brasil, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a**
1717 **situação atual de registro junto às agências regulatórias do país de origem, se houver”.**
1718 Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** cumprimentou a CONEP pela proposta e avaliou que
1719 refletia o avanço da sociedade. Sobre a participação dos usuários nos CEP, sugeriu ampliar de
1720 uma para duas representações, assegurando a questão de gênero. Conselheiro **Jorge Alves**
1721 **de Almeida Venâncio** disse que seria importante aprofundar o debate sobre a quantidade de
1722 usuários nos CEP porque alguns Comitês enfrentavam dificuldades para assegurar essa
1723 representação. Assim, ponderou que a ampliação desse número poderia inviabilizar o
1724 funcionamento de alguns comitês. Desse modo, sugeriu debater essa proposta no encontro de
1725 usuários membros de CEPs, que seria realizado em 2014, para subsidiar a definição do CNS a
1726 respeito. **Não houve manifestações contrárias.** Conselheira **Marisa Fúria Silva** destacou a
1727 **letra C, Da composição (da CONEP), para defender que os oito representantes dos**
1728 **segmentos do Conselho Nacional de Saúde, que irão compor a Comissão, fossem**
1729 **conselheiros nacionais de saúde. A proposta foi acatada: “(...) oito conselheiros**
1730 **representarão os segmentos do Conselho Nacional de Saúde”.** Conselheiro **Jorge Alves**
1731 **de Almeida Venâncio** explicou que, no caso dos representantes dos usuários e dos
1732 trabalhadores da saúde, aplicava-se o critério de ser conselheiro, mas no caso do governo,
1733 eram dois representantes do DCIT. Conselheira **Marisa Fúria Silva** sugeriu incluir o número do
1734 Cartão SUS de cada participante da pesquisa na folha de rosto do protocolo de pesquisa.
1735 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que a

1736 folha de rosto apresentava o protocolo de pesquisa e não o participante. Conselheira **Marisa**
1737 **Furia Silva** propôs incluir o número do Cartão SUS ao identificar o participante da pesquisa,
1738 entendendo que poderia contribuir para a implantação desse instrumento. Conselheira
1739 **Alessandra Ribeiro de Souza** esclareceu que, em alguns casos, não havia identificação do
1740 participante, portanto, essa definição poderia trazer dificuldades. Conselheiro **Jorge Alves de**
1741 **Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, manifestou preocupação com a proposta
1742 porque poderia dificultar a integração do usuário na pesquisa. **A proposta não foi acatada.**
1743 Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** destacou o item “3.4.1) Todos os protocolos de
1744 pesquisa devem conter, obrigatoriamente”, para propor: “6 – População a ser estudada” -
1745 inclusão, entre as características esperadas da população: orientação sexual e identidade de
1746 gênero; e “7) Garantias éticas aos participantes da pesquisa e 11 – Critérios de inclusão e
1747 exclusão dos participantes da pesquisa”: assegurar ao sujeito de pesquisa o direito de
1748 desistência da pesquisa. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da
1749 CONEP/CNS, explicou que o direito de desistência estava claramente definido na Resolução
1750 n°. 466, portanto, não seria necessário repetir na norma operacional o definido naquela norma.
1751 Em relação ao item 6, conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da
1752 CONEP/CNS, explicou que a proposta da conselheira poderia ser contemplada no trecho “e
1753 *outras* que sejam pertinentes à descrição da população”. Conselheira **Maria do Socorro de**
1754 **Souza**, Presidente do CNS, explicou que, de acordo com o objeto de pesquisa, o componente
1755 “orientação sexual” poderia ser considerado e o adendo apresentado poderia ser incluído uma
1756 vez que foram elencadas um conjunto de características. Conselheira **Verônica Lourenço da**
1757 **Silva** perguntou se no item 11, “*Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa*”,
1758 foi incluído o direito de desistência do participante da pesquisa. Conselheiro **Jorge Alves de**
1759 **Almeida Venâncio** explicou que o item tratava de critérios de inclusão e exclusão para escolha
1760 dos participantes de pesquisa. Disse que o direito de se retirar da pesquisa, sem punição,
1761 estava assegurado na Resolução n°. 466. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** solicitou a
1762 análise do emprego da expressão “entre outros” no texto, verificando onde era pertinente ou
1763 não. **Conselheiro Clóvis Boufleur destacou a letra G (“Da deliberação ética: A análise do**
1764 **protocolo de pesquisa culminará com o seu enquadramento em uma das seguintes**
1765 **categorias, conforme o caso:”)** para solicitar a substituição do termo enquadramento por
1766 **“classificação”**. **A proposta foi acatada.** Também sugeriu incluir um item esclarecendo que
1767 as pesquisas relacionadas com populações indígenas seguia Resolução específica (n° 304).
1768 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, disse que se
1769 optou por não citar resoluções nominalmente porque essas normas poderiam ser modificadas,
1770 o que demandaria adequação na norma. **Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu não citar o**
1771 **número, mas explicitar que as pesquisas com populações indígenas eram tratadas em**
1772 **resolução específica. A proposta foi acatada.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza**
1773 explicou que era compromisso da CONEP ampliar a participação dos usuários nos CEP, com
1774 indicativo de seminário com os usuários a ser realizado em 2014. Conselheira **Patricia**
1775 **Augusta Alves Novo** sugeriu assegurar um suplente para o representante do usuário na
1776 CONEP. Conselheiro **Gilson Silva** sugeriu incluir “no mínimo”, um representante dos usuários
1777 nos CEP, com um suplente, o que não impediria a inclusão de outros. Também manifestou
1778 preocupação com a proposta de incluir o número do Cartão SUS porque nem todos os
1779 brasileiros possuíam o Cartão – indígenas e quilombolas, por exemplo – e muitas pesquisas
1780 eram patrocinadas pelo setor privado. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** avaliou
1781 que a indicação dos usuários para os CEPs deveria ser “obrigatoriamente” e não
1782 “preferencialmente” pelos conselhos. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1783 coordenador da CONEP/CNS, explicou que, no caso de incluir um suplente como obrigatório,
1784 permaneceria o problema: dois nomes para o funcionamento do CEP e vários Comitês seriam
1785 fechados. Como alternativa, propôs incluir o suplente como facultativo. Além disso, destacou
1786 que a indicação do usuário, obrigatoriamente pelos conselhos de saúde, traria dificuldades
1787 para os CEP. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apresentou a seguinte proposta:
1788 indicação de titular e um suplente de usuário, preferencialmente pelos conselhos de saúde,
1789 sendo facultativa a indicação da suplência. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza**
1790 informou que a Resolução n°. 240/1997 definia a participação dos usuários nos CEP e, entre
1791 as definições, a norma determinava que se aplicava ao termo “usuário” uma interpretação
1792 ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela
1793 Instituição. Além disso, a Resolução estabelecia que a indicação de nomes de representantes
1794 de usuários para os Comitês de Ética em Pesquisa deveria ser informada ao Conselho
1795 Municipal correspondente. Conselheira **Luciana Holtz de Camargo Barros** solicitou maiores

1796 esclarecimentos sobre o retorno dos benefícios resultantes do projeto aos participantes da
1797 pesquisa (letra “d” do item 3.3: “Garantia de que os benefícios resultantes do projeto retornem
1798 aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos,
1799 produtos ou agentes da pesquisa”). Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1800 coordenador da CONEP/CNS, explicou que essa questão estava contemplada na Resolução
1801 n°. 466/12 e o benefício do participante da pesquisa era o tratamento, que deveria ser
1802 garantido após o estudo (inclusive acesso a medicamento novo). Conselheira **Nelcy Ferreira**
1803 **da Silva** citou a letra “E” do item. 2.1 (Do parecer: O parecer (...). O parecer será validado na
1804 Plataforma Brasil *preferencialmente* durante os trabalhos da reunião) para perguntar se o
1805 parecer pode ser emitido *ad referendum*, ou seja, fora da reunião da CONEP. Conselheiro
1806 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que o parecer
1807 poderia ser dado fora dos trabalhos da reunião da CONEP como, por exemplo, parecer de
1808 pendência (quando todas as pendências foram resolvidas pelo pesquisador) e parecer de
1809 devolução. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, cumprimentou a
1810 CONEP pela proposta e manifestou satisfação com as contribuições. Todavia, ponderou que o
1811 Plenário discutia questões políticas da CONEP a partir de instrumentos normativos –
1812 resoluções, normas – e não conseguia fazer um debate mais político. Disse que era preciso
1813 continuar o debate abordando questões mais amplas como acreditação e monitoramento dos
1814 CEP. Também perguntou como funcionava, na prática, as articulações para ações protetivas (a
1815 partir de audiências, reuniões). Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador
1816 da CONEP/CNS, respondeu que seria importante promover debate no CNS sobre a
1817 acreditação dos CEP, para orientar o trabalho do GT que formularia a proposta a respeito.
1818 Sobre o monitoramento, explicou que a CONEP, inclusive com a participação de conselheiros,
1819 estava realizando uma série de visitas aos CEPs. Entretanto, o ideal seria ampliar a quantidade
1820 de CEP visitados (60 a 70 visitas ao ano para garantir eficiência da fiscalização). Disse que,
1821 após as visitas, são apresentados relatórios para encaminhar o que necessita ser resolvido.
1822 Acerca das ações protetivas, disse que eram realizadas audiências, treinamento com CEP,
1823 reunião com pesquisadores nos Estados, entre outras ações. Conselheira **Maria do Socorro**
1824 **de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu pautar debate sobre acreditação e monitoramento na
1825 reunião ordinária do CNS do mês de novembro. Também valorizou a questão da equidade de
1826 gênero na CONEP e saudou a iniciativa da Comissão de instituir nos processos de recursos
1827 audiências *in loco* com pesquisadores interessados. Ressaltou ainda a importância de ter sido
1828 definido na norma a necessidade de detalhar nos protocolos de pesquisa os recursos, fontes e
1829 destinação. Por fim, falou sobre a eleição da CONEP e avaliou que era preciso pensar
1830 metodologia para assegurar a participação mais efetiva do Pleno do CNS na escolha dos
1831 integrantes. Disse que a proposta de apresentar relatório com antecedência de 30 dias de
1832 antecedência da eleição era um passo importante, mas ainda não assegurava a participação
1833 mais efetiva no processo que ocorreria em 6 de novembro de 2013. Conselheiro **Jorge Alves**
1834 **de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, informou que o prazo para o
1835 recebimento das indicações dos CEP encerra-se no dia 10 de setembro e o relatório com as
1836 indicações seria enviado aos conselheiros no dia 6 de outubro. A contar do recebimento, os
1837 conselheiros teriam 30 dias para apreciação dos currículos. Conselheira **Maria do Socorro de**
1838 **Souza**, Presidente do CNS, sugeriu pautar o tema na próxima reunião da Mesa Diretora do
1839 CNS. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou
1840 que, além de eleger os representantes dos CEP, o Plenário precisaria indicar quatro
1841 representantes do CNS – 2 usuários e 1 trabalhador, com mandato a vencer e um usuário que
1842 não fazia mais parte do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,
1843 destacou que a indicação do CNS devia iniciar-se no Plenário do CNS, em outubro, e, depois,
1844 poderia ser encaminhada aos fóruns. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1845 coordenador da CONEP/CNS, também explicou que não era possível acatar a proposta da
1846 conselheira Marisa Furia Silva – os 8 representantes do CNS serão conselheiros – porque os
1847 dois representantes do governo na Comissão não eram conselheiros. Disse que esse critério
1848 estava assegurado em Resolução e era seguido, com exceção da representação do governo.
1849 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, propôs que, 90 dias após a
1850 implementação da norma, fosse realizada consulta para colher opiniões sobre o cumprimento
1851 da norma, de modo a possibilitar possíveis ajustes. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**
1852 **Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, concordou com a proposta, mas sugeriu prazo maior
1853 – 180 dias – porque era necessário resolver a situação de outras normas. Conselheiro **Nelson**
1854 **Mussolini** sugeriu que dúvidas pontuais e urgentes fossem resolvidas em Plenário, conforme o
1855 caso. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, pelas falas, avaliou que o

1856 CNS possuía condições de aprovar a norma naquele momento. **Segundo esse entendimento,**
1857 **colocou em votação a norma operacional da Resolução nº466/2012, que foi aprovada,**
1858 **por unanimidade. Na reunião do mês de outubro, será pautado debate sobre o processo**
1859 **eleitoral do CNS.** Atendendo à solicitação da conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca,**
1860 conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** informou o calendário de visitas da CONEP: 1º
1861 de outubro – UFRJ; 3 de outubro – PUC do RS; Barretos – 15 de outubro. Definido esse ponto,
1862 a mesa interrompeu para o almoço. No intervalo, os integrantes da Mesa Diretora do CNS
1863 reuniram-se com representantes da Coordenação da Plenária de Conselhos para definir as
1864 ações do movimento saúde + 10. **ITEM 7 – SAÚDE DO TRABALHADOR – 4ª**
1865 **CONFERÊNCIA NACIONAL - Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,**
1866 coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST/CNS; **Roque Manoel**
1867 **Perusso Veiga,** Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – SVS/MS; conselheiro **João**
1868 **Rodrigues Filho,** coordenador ajunto da CIST/CNS. *Coordenação:* conselheira **Maria do**
1869 **Socorro de Souza,** da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza,**
1870 coordenador da CIST/CNS, explicou que a CIST reuniu-se nos dias 2 e 3 de setembro, com a
1871 participação de representantes das CIST Estaduais para tratar da 4ª Conferência Nacional de
1872 Saúde do Trabalhador - CNST. Disse que na reunião apresentou, para debate, o seguinte mote
1873 para a 4ª CNST: “Saúde do trabalhador, dever do Estado”. Explicou que, após debate, chegou-
1874 se a quatro sugestões: 1) **Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas**
1875 **e dever do Estado - 20 adesões;** 2) A efetivação da Política de Saúde do Trabalhador e da
1876 Trabalhadora no SUS: construção da equidade e justiça nos territórios - 6 adesões; 3) Saúde
1877 do Trabalhador e da Trabalhadora, direito/compromisso de todos e todas e dever/dívida do
1878 Estado como política prioritária no âmbito do SUS - 5 adesões; e 4) Saúde do Trabalhador e da
1879 Trabalhadora, dever do Estado e responsabilidade de todos - 5 adesões. Como eixo principal,
1880 explicou que houve apoio à seguinte proposta: “Implementação da Política Nacional de Saúde
1881 do Trabalhador e da Trabalhadora” (100% adesão). No caso dos sub eixos, explicou que foi
1882 apresentada proposta que recebeu contribuições. No caso do sub eixo I, o texto original era: I –
1883 Texto original: Desenvolvimento sustentável, saúde, ambiente e trabalho no território. No
1884 debate, foram apresentadas as seguintes propostas de texto substitutivo: 1) Saúde do
1885 trabalhador para o desenvolvimento e cidadania no território; 2) A contribuição da Saúde do
1886 Trabalhador na construção da sustentabilidade socioambiental nos territórios; 3)
1887 Desenvolvimento Sustentável, Saúde, Ambiente, Trabalho no Território e Democratização das
1888 relações de trabalho no Brasil; 4) Desenvolvimento Sustentável, Saúde, Ambiente e
1889 Democratização das relações de trabalho no Território; 5) Desenvolvimento socioeconômico e
1890 saúde do trabalhador; 6) Organização do processo produtivo e organização do processo de
1891 trabalho: desenvolvimento sustentável, saúde, ambiente e democratização das relações de
1892 trabalho; e 7) Saúde do trabalhador no mundo do trabalho atual. Diante da divergência,
1893 acordou-se que a coordenação buscaria construir um texto que contemplasse as propostas
1894 apresentadas. Desse como sugestão, apresentou a seguinte proposta para o eixo I: O
1895 desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora.
1896 Em relação ao sub eixo II, a proposta original submetida à apreciação na reunião da CIST foi:
1897 “II- Participação dos trabalhadores, da comunidade, e do controle social. Como propostas
1898 substitutivas ao texto original, foram apresentadas as seguintes: 1) Protagonismo da classe
1899 trabalhadora, da comunidade, e do controle social; 2) Participação dos trabalhadores, da
1900 comunidade e do controle social na identificação da demanda, no planejamento, na execução
1901 da ação, na devolutiva da realização da ação e no monitoramento/na implementação da PNST;
1902 3) Participação dos trabalhadores, da comunidade e do controle social na identificação da
1903 demanda e no planejamento (PLANEJA-SUS) das ações de saúde do trabalhador; e 4)
1904 Participação dos trabalhadores da comunidade e do controle social na Saúde do Trabalhador.
1905 Como proposta final, disse que a coordenação propõe o seguinte texto para o sub eixo II:
1906 “Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle
1907 social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora”. Em relação ao sub eixo III,
1908 explicou que a proposta original era a seguinte: “II - Integralidade da ação e ação intersetorial.
1909 As propostas alternativas de redação apresentadas foram: 1) A Efetivação da Política de
1910 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS: Construção da Equidade e Justiça nos
1911 Territórios; 2) A implementação da PNST: estratégias e responsabilidade sanitária dos
1912 gestores; e 3) Mudanças institucionais necessárias para realizar a PNST. Como proposta final,
1913 a coordenação propôs a seguinte redação para o sub eixo III: “Efetivação da Política Nacional
1914 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos ministérios e nas suas esferas de governo”.
1915 Considerando a necessidade de destaque à questão do financiamento, disse que foi sugerida a

1916 inclusão de sub eixo com a seguinte redação: “IV - Financiamento da PNST, nos municípios,
1917 estados e União”. No caso da metodologia/cronograma/etapas, disse que na reunião foram
1918 definidas as seguintes questões: a) o Estado fica obrigado a realizar a etapa estadual e outra
1919 etapa antecedente, ficando a critério do Conselho de Saúde Estadual a escolha da proposta
1920 metodológica para realização: regional, macrorregional, microrregionais e/ou municipais; b)
1921 cada Estado fica responsável por apresentar à comissão de organização nacional o relatório da
1922 conferência da etapa estadual, contemplando a(s) etapa(s) anterior(es); c) caravanas de
1923 mobilização – ato mobilizador e não obrigatório; d) As etapas regionais, macrorregionais,
1924 microrregionais ou municipais deverão ocorrer até 30 de junho/2014; e) as etapas estaduais
1925 deverão ocorrer até 30 de junho/2014; a etapa nacional deverá ocorrer de 8 a 12 de
1926 dezembro/2014. Por fim, apresentou a seguinte proposta de composição da comissão
1927 organizadora da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (35 integrantes): Gestores
1928 (CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério da
1929 Previdência); Profissionais de saúde – FENTAS; Usuários; Comunidade científica;
1930 Universidades; Ministério Público Federal/Trabalho; FUNDACENTRO; DIESAT; DIEESE; IPEA;
1931 OIT; OPAS; OAB; FIOCRUZ; ABRASCO; CIST Estaduais (1 por cada região); representantes
1932 da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador por região (1 por cada região); e
1933 Coordenadores de plenária por região (1 por cada região). O coordenador/SVS/MS **Roque**
1934 **Manoel Perusso Veiga** explicou que o objetivo principal da Conferência era implementar a
1935 Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, publicada em 2012, que define
1936 as diretrizes, os objetivos e as estratégias para a execução das ações de saúde do trabalhador
1937 no país. Disse que uma das dificuldades enfrentadas na implementação da Política referia-se à
1938 utilização - efetiva e tempestiva - dos recursos financeiros nas ações de promoção, prevenção,
1939 diagnóstico e vigilância em saúde do trabalhador. Explicou que, no campo do emprego formal,
1940 mais de 700 mil trabalhadores foram vítimas de acidentes de trabalho e acometidos por
1941 doenças relacionadas ao trabalho; e, desse total, apenas 17.600 foram notificadas. Frisou que
1942 hoje são mais de 210 centros de referência de saúde do trabalhador no país, compostos por
1943 equipes multiprofissionais, tendo como foco principal a efetivação das ações de vigilância em
1944 saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho e as ações de promoção da saúde e
1945 prevenção das doenças e acidentes de trabalho. Disse que foram registrados no SINAM, em
1946 2012: 50 mil acidentes de trabalho; 40 mil acidentes com material biológico; e 7 mil notificações
1947 por LER e DORT. Explicou que, no caso de notificação adequada, esses números seriam bem
1948 maiores. Também lembrou que diariamente morrem cerca de 160 mil pessoas por causa da
1949 violência e 700 mil morrem por doenças não transmissíveis (72% da mortalidade no país).
1950 Sobre o financiamento, explicou que o Ministério da Saúde repassa R\$ 75 milhões/ano para
1951 210 CEREST (26 Estaduais, com exceção de Sergipe e 184 Centros Regionais), todavia, os
1952 gestores não priorizam as ações de promoção, prevenção e vigilância. Sobre a participação
1953 dos trabalhadores do controle social, disse que, dos 210 CEREST, 195 estão em efetivo
1954 funcionamento, todavia, há CIT apenas em 30%. Finalizando, disse que a Política era objetiva
1955 e clara e o foco dos debates na Conferência deveria ser: mapear as atividades produtivas no
1956 país e identificar os segmentos produtivos que causam doenças, acidentes aos trabalhadores
1957 para efetivar as ações. Conselheiro **João Rodrigues Filho**, coordenador ajunto da CIST/CNS,
1958 frisou que era preciso criar mecanismos para implementação da Política e diminuir o número de
1959 mortes e acidentes de trabalho, assegurando ações de prevenção. No mais, salientou a
1960 necessidade de atenção para os trabalhadores que trabalhavam em situação de insalubridade
1961 (3ª causa de adoecimento de trabalhadores brasileiros), para os trabalhavam no setor saúde,
1962 para os cortadores de cana de açúcar, de cooperativas de reciclagem de lixo, carvão.
1963 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que o Plenário
1964 deliberou pela realização da Conferência, considerando o cenário do país: uma das prioridades
1965 é a aceleração do crescimento econômico, o desenvolvimento é colocado como uma agenda
1966 da sociedade e do governo. Nesse sentido, destacou que o propósito da Conferência era
1967 também mobilizar os trabalhadores, organizados ou não, para debater a pauta da saúde do
1968 trabalhador. Também frisou que era preciso debater o desenvolvimento desejável para o país:
1969 um desenvolvimento capaz de incluir os trabalhadores; de enfrentar as desigualdades; e de
1970 avaliar o desenvolvimento regional, observando os principais setores produtivos. Também
1971 disse que era preciso discutir como se daria a participação de outros ministérios na
1972 Conferência. Disse que a metodologia também era importante para mobilizar atores
1973 estratégicos para participar da construção da Conferência. Explicou que a intenção era
1974 apresentar a proposta da Conferência na próxima segunda-feira no Colegiado do MS e pautar
1975 na CIT de outubro de 2013. Por fim, solicitou que os conselheiros se manifestassem sobre os

1976 critérios para composição da comissão organizadora. **Manifestações.** Conselheiro **Eduardo**
1977 **Azeredo Costa** reforçou a importância da realização da Conferência e explicou que a
1978 responsabilidade tripartite era uma orientação política da OIT adotada pelo país, de modo a
1979 contemplar trabalhadores, empresários e governos. Nessa lógica, disse que a reponsabilidade
1980 social do trabalho era compartilhada pela sociedade e, nesse contexto, era de extrema
1981 importância a responsabilidade dos empresários. Conselheiro **Clóvis Boufleur** concordou com
1982 o tema da Conferência e avaliou que seria necessária uma linguagem inclusiva. Sobre a
1983 comissão organizadora da 4ª CNST, propôs que fosse composta por 24 integrantes, seguindo
1984 inclusive o formato da comissão da 14ª Conferência. Disse que outras pessoas interessadas
1985 em contribuir poderiam ser incluídas nas comissões especiais – de infraestrutura, de
1986 comunicação, de relatoria. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** salientou que seria
1987 necessário saber a estimativa de participantes da Conferência para definir questões como
1988 formato, metodologia, composição da comissão organizadora. Conselheiro **Renato Almeida de**
1989 **Barros** cumprimentou a iniciativa de realizar a Conferência, todavia, manifestou preocupação
1990 com a proposta de deixar a critério do Estado a escolha da proposta metodológica para
1991 realização Conferência: regional, macrorregional, microrregionais e/ou municipais. Nessa linha,
1992 defendeu que se defina a formato para realização da Conferência, por entender que era
1993 determinante para eficácia e eficiência das deliberações das conferências. Conselheira **Maria**
1994 **Laura Carvalho Bicca** sugeriu que seja contemplado na Conferência os trabalhadores de
1995 grandes empreendimentos. Também apresentou a presidente da FENAS, **Eliane de Lima**
1996 **Gerber**, da Mesa Negociação do SUS e perguntou se a Mesa será contemplada no processo
1997 de organização da Conferência. Por fim, sugeriu realizar um exercício em uma região com
1998 população não assistida pela previdência social, vínculo de carteira – sugestão: região dos 22
1999 estados do oeste do Pará – a fim de realizar diálogo com os trabalhadores. Conselheira **Márcia**
2000 **Patrício de Araújo** perguntou se, no caso de serem realizadas conferências regionais (apenas
2001 96), seria possível ter um retrato da realidade dos trabalhadores do país. Conselheira **Ana**
2002 **Valéria Escolástico Mendonça** salientou que era preciso debater na Conferência a situação
2003 dos servidores públicos, em especial das mulheres (76% dos trabalhadores da saúde).
2004 Também frisou a importância da participação de um representante da CIST no Programa de
2005 Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e convidou o CNS para participar
2006 das atividades da Campanha Outubro Rosa Brasil. Por fim, informou que haveria mudança na
2007 representação da FEMAMA no CNS e agradeceu a oportunidade e a acolhida nesse tempo em
2008 que fez parte do Pleno. Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** manifestou preocupação
2009 com os números da saúde do trabalhador e ressaltou a importância de ampliar a fiscalização e
2010 a vigilância do trabalho por entender que poderia evitar acidentes e óbitos. Fez um destaque à
2011 situação dos motoristas e lamentou o não cumprimento da lei que disciplina a profissão.
2012 Também salientou a importância de atuação mais incisiva das entidades sindicais, dos
2013 conselhos de saúde, das CIST na fiscalização e para garantir informações sobre acidentes de
2014 trabalho. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** avaliou que seria necessário definir
2015 prioridades e, nessa linha, sugeriu pautar a discussão nos eixos temáticos – onde estão os
2016 acidentes, quais são medidas centrais a serem tomadas. Conselheiro **Gilson Silva** avaliou que
2017 seria necessário definir o formato das conferências estaduais e perguntou se o CNS seria
2018 contemplado na comissão organizadora. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** salientou a
2019 importância de garantir representação das mulheres na Conferência, a fim de debater questões
2020 específicas como: dupla jornada de trabalho, com recorte das políticas públicas; machismo na
2021 sociedade; refletir sobre o que é ser homem e ser mulher na sociedade. Também concordou
2022 que era preciso ampliar a mobilização e investir em metodologia para trabalhar a articulação
2023 local. Conselheiro **Richarlls Martins** cumprimentou a CIST pela apresentação da proposta,
2024 com destaque para tentativa de contemplar a diversidade de sujeitos no processo. Avaliou que
2025 o Plenário deveria definir a quantidade de integrantes da comissão organizadora e escolher os
2026 representantes posteriormente. Também salientou que a Conferência deveria ter um caráter de
2027 visibilizar as trabalhadoras e os trabalhadores na sua diversidade. Nessa perspectiva, disse
2028 que a discussão central era entender como a Conferência apontava para a perspectiva de
2029 desenvolvimento a ser defendida no país a partir da lógica da saúde do trabalhador.
2030 Conselheira **Fernanda Benvenutty** sentiu-se contemplada nas falas dos conselheiros e
2031 reiterou apenas a importância de não esquecer os trabalhadores da saúde, especialmente os
2032 serviços públicos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** disse que seria importante debater na
2033 Conferência o tema saúde do trabalhador e deficiência/relação do mundo do trabalho com a
2034 deficiência, lembrando que apenas 1,6% da população com deficiência está no mercado de
2035 trabalho. Além disso, salientou que era preciso garantir a participação do Conselho Nacional de

2036 Assistência Social na Conferência em razão do debate sobre saúde do trabalhador.
2037 Conselheira **Marisa Fúria Silva** avaliou que seria necessário analisar os relatórios das
2038 conferências de saúde do trabalhador anteriores e propor nova metodologia que possibilitasse
2039 levantar propostas para implementação da Política de forma mais ágil. Além disso, salientou
2040 que era preciso promover debate na Conferência visando a definição de propostas para
2041 garantir a participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, como ocorre nos
2042 Estados Unidos (“*job coach*”). Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** solicitou que na
2043 Conferência houvesse debate sobre os trabalhadores com necessidades alimentares
2044 especiais. Conselheira **Júlia Maria Roland** propôs que o CNS definisse o formato das
2045 conferências que ocorreriam antes das etapas estaduais e defendeu a realização de
2046 conferências regionais (nas 436 regiões de saúde – 38 na Região Centro-Oeste, 68 na Região
2047 Sul, 153 na Sudeste, 133 na Nordeste 44 na Norte). Além disso, ressaltou a importância de
2048 contemplar nas delegações a diversidade dos trabalhadores - gênero, raça, deficiência.
2049 Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva** defendeu a realização de conferências regionais, de
2050 modo a criar uma regra única para todo o país. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva**
2051 salientou que era fundamental debater na Conferência o modelo de desenvolvimento e a
2052 relação público/privado no SUS. Também ressaltou a importância de retomar a histórica
2053 discussão sobre o adoecimento pelo trabalho, considerando as questões de gênero, raça. Além
2054 disso, ponderou que seria importante debater o uso de drogas por trabalhadores para
2055 aumentar a produção como acontece na profissão dos caminhoneiros. **Retorno da mesa.**
2056 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a proposta sugerida pela CIST era
2057 realizar etapas estaduais e nacional, com a possibilidade de o CES definir o modelo a ser
2058 adotado (regional, macrorregional, municipal). Contudo, durante o debate, foi apresentada nova
2059 proposta de definir modelo único para todo o país. Sobre as conferências locais, disse que a
2060 proposta inicial foi realizar conferências macrorregionais (no máximo, 96) e, nas intervenções,
2061 foi sugerida nova proposta: realizar conferências por regiões de saúde, ou seja, 436
2062 conferências locais. Sobre a participação do CNS na comissão organizadora, explicou que
2063 deveriam ser indicados conselheiros representantes dos usuários (Fórum de Usuários) e dos
2064 trabalhadores da saúde (FENTAS). Também frisou que a comissão executiva seria composta
2065 pelo CNS e pelo MS. A respeito do número de participantes, explicou que a estimativa era de
2066 1.500 pessoas, conforme a última conferência de saúde do trabalhador. No que se refere ao
2067 número de integrantes da comissão organizadora, foi sugerido seguir o formato da comissão
2068 organizadora da 14ª CNS - 24 membros. Sobre as entidades e movimentos, sugeriu delegar à
2069 Mesa Diretora do CNS a elaboração de uma proposta para ser apresentada na próxima
2070 reunião. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** sugeriu a formação de uma comissão
2071 executiva para dar celeridade aos trabalhos e, posteriormente, formar a comissão
2072 organizadora. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que seria necessário definir os
2073 critérios para realização das etapas locais que iriam eleger delegados para a nacional.
2074 Também avaliou que a data de dezembro era ruim e propôs que a etapa nacional fosse
2075 realizada em abril, junho ou julho de 2104. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** disse
2076 que a CIST debateria a proposta de nova data e traria uma posição para o Plenário.
2077 Conselheiro **Gilson Silva** disse que era preciso explicitar que os representantes dos usuários e
2078 dos trabalhadores eram conselheiros do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
2079 também manifestou preocupação com a proposta de comissão executiva uma vez que poderia
2080 chocar-se com a comissão organizadora. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente
2081 do CNS, discordou da proposta de comissão executiva e defendeu a formação da comissão
2082 organizadora para iniciar os trabalhos. Como encaminhamento, propôs: a partir do debate da
2083 CIST com as CIST estaduais e no Plenário do CNS, a Mesa Diretora do CNS apresentasse
2084 uma proposta de critérios para definir os componentes da Comissão. A composição final seria
2085 aprovada na reunião ordinária do mês de outubro (a intenção é realizar a primeira reunião da
2086 Comissão em outubro). Em novembro, pautar o tema novamente para debater as questões
2087 políticas levantadas pelo Plenário. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** perguntou se
2088 havia consenso sobre a proposta de compor a Comissão Organizadora com 24 membros e os
2089 conselheiros manifestaram-se a respeito. Entre as questões colocadas, foi salientada a
2090 necessidade de ampliar a composição da comissão organizadora para contemplar as
2091 especificidades. Todavia, após ponderações, houve acordo sobre a proposta de 24 integrantes.
2092 Além disso, foi sugerida a composição de subcomissões para contribuir com a comissão
2093 organizadora. **Deliberação: o Plenário decidiu que a Comissão Organizadora da 4ª CNST**
2094 **será composta por 24 membros. A Mesa Diretora do CNS apresentará uma proposta de**
2095 **critérios para definir os componentes da Comissão com base no debate da CIST com as**

2096 CIST estaduais e no Plenário do CNS. A composição final será aprovada na reunião
2097 ordinária do mês de outubro (a intenção é realizar a primeira reunião da Comissão em
2098 outubro). Em novembro, pautar o tema novamente para debater as questões políticas
2099 levantadas pelo Plenário. Devido ao avançado da hora, o Plenário decidiu adiar, para a
2100 próxima reunião, a apreciação da proposta da CIST de transformar a recomendação do
2101 CNS n°. 034/2009 em resolução. Com essa definição, a mesa agradeceu os convidados e
2102 encerrou o debate deste item. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
2103 **HUMANOS** - *Apresentação:* conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, coordenadora adjunta da
2104 CIRH/CNS. *Coordenação:* conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
2105 Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, coordenadora adjunta da CIRH/CNS, apresentou os
2106 dois pareceres elaborados pela CIRH, para apreciação do Plenário: 1) Faculdade Anísio
2107 Teixeira, de Feira de Santana. Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório
2108 em razão de não terem sido acatadas as sugestões da Comissão. 2) Universidade Federal de
2109 Santa Catarina. Renovação de reconhecimento do curso de Medicina. Parecer: satisfatório.
2110 Destaque para o currículo integrado adotado pela Universidade. **Deliberação: aprovados os**
2111 **dois pareceres elaborados pela CIRH/CNS.** A coordenadora da CIRH também informou que
2112 a conselheira Ivone Cabral e o conselheiro José Eri de Medeiros foram indicados para realizar
2113 visita ao Vale do Araguaia. Com esse informe, a mesa encerrou o item da CIRH. Na sequência,
2114 conselheiro **Clóvis Boufleur** registrou que a minuta de resolução sobre o número único de
2115 identificação do cidadão seria apreciada na próxima reunião do CNS a fim de possibilitar
2116 diálogo com o governo. Conselheiro **Richarlls Martins** disse que apresentaria na próxima
2117 reunião do CNS a minuta de resolução sobre financiamento (responsáveis pela elaboração do
2118 texto: Richarlls Martins e André Luiz). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
2119 CNS, informou as alterações do Sistema de Passagens/Prestação de Contas: a) A Prestação
2120 de Contas deverá ocorrer em, no máximo, 5 dias corridos. Após este prazo, o colaborador(a)
2121 deverá justificar a não prestação de contas no prazo estabelecido; e b) Os dados dos
2122 colaboradores(as) serão consultados na base da Receita Federal, ou seja, se a pessoa estiver
2123 com alguma irregularidade na Receita a mesma não poderá viajar, pois estará pendente. Além
2124 disso, solicitou que o Plenário refletisse sobre a proposta de realizar reunião da Mesa Diretora
2125 do CNS com as coordenações das comissões no dia 26 de setembro de 2013. Na sequência,
2126 foi feito informe sobre a campanha política para o fortalecimento do SUS e visibilidade das
2127 ações dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais. O jornalista do CNS, **Luiz Paraíba**,
2128 apresentou a Campanha. Mote: O Conselho Nacional de Saúde é o organismo máximo de
2129 Controle Social na Saúde. Entendendo o Controle Social como a participação e fiscalização da
2130 sociedade sobre as ações do Estado como forma de praticar a democracia popular conferida
2131 pela Constituição Federal de 1988. 1) Objetivo: Defender o SUS e fortalecer o Controle Social
2132 dando visibilidade as ações dos Conselhos de Saúde nos três níveis – nacional, estadual e
2133 municipal, afirmando a Saúde como dever do Estado e direito do cidadão brasileiro e
2134 garantindo a democracia participativa por meio do Controle Social. Consolidar a imagem do
2135 Conselho Nacional de Saúde também é um dos objetivos da campanha. Ampliação do diálogo
2136 com a Sociedade Civil; acompanhamento das proposições legislativas e ações institucionais
2137 CNS/Conselho Nacional do Ministério Público. 2) Público: A campanha pretende atingir os
2138 integrantes das entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais
2139 e Municipais de Saúde e cidadãos brasileiros. 3) Identidade: “Eu defendo um SUS público, de
2140 qualidade e para todos”. 4) Estratégia: Como estratégias do Controle Social, a campanha visa
2141 articular fóruns nacional e estaduais em defesa do SUS, promover engajamento com as redes
2142 sociais, estimular a adesão ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
2143 (SIACS), ampliar estratégias para o fortalecimento do Programa de Inclusão Digital (PID),
2144 apoiar o Programa de Educação Permanente. 5) Conteúdo: A campanha terá como conteúdo
2145 principal a agenda política nacional articulada nos três níveis dos Conselhos de Saúde; as
2146 rotinas e a promoção de agendas propositivas. 6) Ferramentas: Como a campanha é parte
2147 virtual, as ferramentas utilizadas para alcançar os objetivos propostos serão ferramentas online
2148 como SoundCloud (canal de rádio pela internet), Youtube (vídeo na internet), Facebook e
2149 Twitter (redes sociais), Flickr (fotos), Fóruns on-line e Hot Site (site do CNS), Vídeo
2150 Conferência (Vidyo). 7) Ações: Como ações, a proposta é realizar oficinas de comunicação
2151 com comunicadores dos conselhos de saúde, com os conselheiros e comunicadores
2152 populares. Levantar históricos e dados dos conselhos estaduais e municipais – diagnósticos;
2153 Lançamento da Campanha; Realização da 18ª Plenária Nacional de Conselhos; Realização de
2154 Plenárias estaduais ampliadas (em caráter popular); Mobilização Nacional em Defesa do SUS
2155 (setembro ou outubro); Realização de seminários e encontros; Realização de Café da Manhã

2156 com Parlamentares; Acompanhamento de proposições legislativas; Semana Nacional de
2157 Mobilização. Não houve deliberação. **INFORMES.** Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**
2158 **Pinheiro** informou a instalação do Comitê de Atenção Integral à Pessoa Celíaca, no dia 31 de
2159 julho, e a realização da primeira reunião. Disse que a proposta do Comitê, coordenado por ela
2160 e por Denise Rinehart (coordenação adjunta), é elaborar, planejar, monitorar e avaliar uma
2161 Política Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas Celíacas. **ATA DA 248ª REUNIÃO**
2162 **ORDINÁRIA** - Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** fez a seguinte retificação na alínea
2163 327: excluir “adjunta” (*coordenadora*) da CIEPSS. **Deliberação: a aprovação da ata da 248ª**
2164 **Reunião Ordinária foi adiada para a próxima reunião do CNS, por falta de quórum.**
2165 **Eventuais contribuições de forma seriam encaminhadas para relatoria.** Conselheira
2166 **Fernanda Benvenutty** protestou contra a inclusão dos informes no final da reunião, porque
2167 trazia prejuízos. O protesto foi registrado pela mesa. Conselheira **Nelcy Ferreira de Almeida**
2168 registrou que no 31 de agosto comemorou-se o dia do nutricionista e o Conselho Federal de
2169 Nutricionistas faria evento nos dias 27 e 28 de setembro com coordenadores de cursos de
2170 graduação do país para debater a formação do nutricionista. Além disso, disse que na próxima
2171 reunião apresentaria duas Portarias para debate no CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
2172 **Bicca** solicitou que fosse feito diálogo com a comissão organizada e executiva da IX
2173 Conferência Nacional de Assistência Social com vistas a inclusão das questões indígenas na
2174 Conferência, haja vista denúncias de que o benefício social tem sido utilizado para compra de
2175 bebidas alcoólicas e não de alimentos. Além disso, registrou que no dia 3 de setembro
2176 comemorou-se o dia do biólogo e fez uma homenagem a todos esses profissionais em nome
2177 da conselheira Noemy Yamagishi Tomita. Conselheira **Verônica Lourenço** remeteu à Mesa
2178 Diretora do CNS a retificação na composição da CIAF – Rede Sapatá em substituição à LBL na
2179 suplência. **ENCERRAMENTO** - Definido esse ponto, conselheira **Nelcy Ferreira de Almeida**,
2180 da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 249ª Reunião Ordinária. Estiveram
2181 presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Ana Maria Costa**,
2182 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho
2183 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos Eduardo Ferrari**, União
2184 Brasileira de Cegos (UBC); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
2185 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência Nacional
2186 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do Trabalho e Emprego –
2187 MTE; **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia
2188 Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de**
2189 **Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **João Rodrigues Filho**, Confederação
2190 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
2191 Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de
2192 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**,
2193 Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Márcia Patrício de**
2194 **Araújo**, Associação Brasileira dos Ostromizados (ABRASO); **Maria do Socorro de Souza**,
2195 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**,
2196 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação
2197 Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das
2198 Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**,
2199 Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
2200 Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de
2201 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Patrícia Augusta Alves Novo**,
2202 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de**
2203 **Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS);
2204 **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Ubiratan Cassano**
2205 **Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira
2206 de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down.
2207 *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social- CFESS; **Ana**
2208 **Valéria Escolástico Mendonça**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à
2209 Saúde da Mama – FEMAMA; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB);
2210 **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
2211 Ocupacional (FENAFITO); **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de
2212 Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2213 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA;
2214 **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Fernanda Benvenutty**, Associação
2215 Nacional de Travestis e Transsexuais – ANTRA; **Geisyane Rodrigues Ferreira**, Direção

2216 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Gilene José dos Santos**,
2217 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson**
2218 **Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**,
2219 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da
2220 Saúde; **Livaldo Bento**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Luciana Holtz de Camargo**
2221 **Barros**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA); **Luciana Silveira Bernardes**,
2222 União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2223 Trabalhadores - NCST; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBlo;
2224 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Richarlls Martins**,
2225 Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Sebastião Geraldo Venâncio**,
2226 Pastoral da Saúde; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros-
2227 FNE; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal
2228 de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).