



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 “Omilton 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 custeos 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 significantemente 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 constitucionalidade 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. Salientou  
115 que o movimento necessitava de uma resposta à proposta de PL construída por consenso e

apresentada ao Congresso Nacional com mais de 2 milhões de assinaturas (hoje são 2,1 milhões assinaturas e outras estavam chegando, o que demonstrava o envolvimento e o apoio popular). Por fim, disse que o governo, para demonstrar prioridade à saúde, deveria buscar argumentos que assegurassem a efetivação da proposta. O diretor do DRAC/MS, **Fausto Pereira dos Santos**, iniciou desculpando-se pelo atraso e cumprimentando os presentes. Explicou que, após a entrega do Projeto ao Congresso Nacional, foi realizada reunião e, na oportunidade, a área econômica apresentou um conjunto de dados sobre a questão fiscal do país e a distribuição do orçamento da União, além de questões conceituais acerca do Projeto - receita corrente bruta e necessidade de escalonamento. Como desdobramento, acordou-se que o governo realizaria reuniões internas para definir uma contraproposta a ser apresentada ao Movimento. Todavia, disse que o governo ainda não definiu uma contraproposta e, por essa razão, não foram realizadas novas reuniões. Disse que o Ministério da Saúde tem realizado reuniões, inclusive com a Presidência da República, para buscar alternativas, mas ainda não havia resposta. No seu modo ver, o CNS deveria fazer movimentos porque se aproximava o momento da definição e a partilha dos recursos era tensionada e política. No caso do Ministério da Saúde, disse que vinham sendo feitos os movimentos no campo que lhe cabia. Também aproveitou para comentar as denúncias veiculadas no jornal Fantástico. Explicou que os casos referiam-se a Autorizações de Internação Hospitalar - AIH relativas a 2008 e 2009 e, nesse período, o Sistema rejeitou 7% das Autorizações. Salientou que as denúncias seriam investigadas, mas clarificou que hoje o Sistema já coibia procedimentos irregulares, a exemplo de autorização para realizar partos em homens. Frisou que o Ministério da Saúde vinha trabalhando para demonstrar a eficiência dos mecanismos de controle e gestão do SUS. Salientou ainda que o Ministério participava de debates importantes como o relativo ao orçamento impositivo (1% da receita corrente líquida) e realizava trabalho interno e fora para demonstrar a importância de novos recursos e apontar formas de utilizá-los para interferir na qualidade dos serviços de saúde. Por fim, disse que o Ministério da Saúde tem feito o que pôde e faria o que pudesse para resolver essas e outras questões que interferissem no SUS.

**Manifestações.** Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, primeiro, saudou o Senador Humberto Costa pela lealdade ao Movimento Saúde + 10 desde o início do processo. Lamentou a notícia da falta de proposta do governo e reiterou a preocupação com o déficit de R\$ 60 milhões na saúde. Também esclareceu que as AIH denunciadas pela mídia representam 0,003% das Autorizações do país e as denúncias, da forma colocada, não serviam para fortalecer o movimento e o SUS. Diante do cenário, avaliou que o CNS deveria defender a proposta de 10% das receitas correntes líquidas. Para melhor entendimento da situação, destacou os seguintes dados do estudo realizado pelo professor Gilson Carvalho sobre os investimentos na saúde em 2012: governo federal: 46% das despesas de saúde; Estados: 26% das despesas de saúde; e Municípios: 29%. Acrescentou ainda que o valor do MAC transferido para Estados e Municípios arcava apenas com 30% das despesas. Finalizando, ressaltou que era preciso convencer o Congresso Nacional sobre a necessidade de votação urgente da proposta e trazer prefeitos e governos para participar desse movimento a fim de fortalecê-lo.

Conselheiro **Clóvis Boufleur** parabenizou o Movimento Saúde + 10 e concordou que era preciso definir nova estratégia de mobilização. Também ponderou que a falta de controle da aplicação do recurso público era um problema que não se restringia apenas à saúde (Ministério do Trabalho e outras áreas de governo). Considerando a situação, propôs que CNS e MS iniciassem debate sobre a definição de um número único para identificar o cidadão como uma forma de inibir fraudes, por exemplo. No seu modo de ver, a declaração de nascido vivo poderia ser esse número único de identificação, ao invés dos 15 números que cada brasileiro possui.

Conselheiro **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza** salentou que o foco deveria ser a tramitação do PL de iniciativa popular e, nesse sentido, avaliou que o movimento social deveria retomar o processo de mobilização em prol da aprovação urgente do Projeto, sem entrar no debate técnico. Destacou que Conselhos Estaduais e Municipais, além de CONASS e CONASEMS, também deveriam participar da movimentação por conta da capilaridade nos Estados e Municípios.

Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou a presença dos coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos representantes de Sergipe, do Rio de Janeiro e do Ceará, além do representante do FSMS Valdevir Both. Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou o senador pela fala que, entre outras questões, apontou o impasse sobre o financiamento como uma das dificuldades para o avanço do Sistema. Disse que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, o Instituto de Direito Aplicado Sanitário - IDISA, a Associação Brasileira de Economia da Saúde e a Associação Nacional do Ministério 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, verificaría 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

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

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

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

536 unconstitutional 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, explanou 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 comuns 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 engar-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 15<sup>a</sup> 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 par aos 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 inclua 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 **Richarlis 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 estratégicas 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, salentou 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, salentou 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; **Arilson 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

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

896 Arilson Cardoso da Silva, representando o CONASEMS, explicou que a entidade apoiava o  
897 COAP e participava 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 Conferencia 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 transparéncia, 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 sistematicamente 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 entes 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,

ou seja, o Contrato contemplaria o discutido no Estado com os gestores municipais e a sociedade. Salientou ainda que o Contrato definiria as responsabilidades de cada ente – MS, estados e municípios – na região de saúde. Disse que o mapa da saúde era uma ferramenta fantástica porque, entre outras questões, apresenta relatórios sobre a situação de saúde – geral e municípios, possibilitando verificar os vazios assistenciais. Também esclareceu que rede de atenção à saúde não se configurava em uma rede hierarquizada de serviços, mas sim uma rede de cuidado para as pessoas. Disse que São Paulo estava iniciando a discussão com debate mais avançado na Região do ABC. Sobre a saúde indígena, disse que o CONASS tem cobrado atuação mais ativa do MS em relação às regiões indígenas no COAP. Também chamou a atenção para a pertinência de debater determinantes sociais de saúde e intersetorialidade a fim de conseguir regiões de saúde que, de fato, promovam a saúde, gerando desenvolvimento regional. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** avaliou que o debate foi positivo e considerou que COAP daria segurança ao gestor, especialmente de pequenos municípios, e possibilitaria garantir acesso aos usuários. Também salientou que a garantia do transporte aos usuários era importante e deveria ser resolvida – segurança para os serviços de referência. Sobre o controle social, disse que o CONASS encaminhou orientação aos municípios para realização das conferências municipais de saúde viando a elaboração dos planos municipais de saúde. Também lembrou que o COAP deveria ser aprovado no CMS e salientou a importância de um fórum regional do controle social para acompanhar regionalmente o que foi pactuado no Contrato. Salientou que a discussão do Contrato era importante e deveria ser feita com tranquilidade, mas com prazo para terminar. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, como encaminhamento, propôs, a partir de demandas do Plenário e dos Estados, a realização de uma oficina para capacitação sobre o COAP (debate político e monitoramento), com o compromisso dos três expositores para colaborar na preparação. O diretor do DAI, **André Bonifácio**, explicou que o processo era complexo e o Contrato servia para organizá-lo; nessa linha, salientou que deve ser um projeto de governo e não de Estado. Ressaltou que era preciso aproveitar o novo ciclo de gestão dos planos municipais para modificar o produto do Contrato, de modo a não fragilizar. Explicou que há um movimento de gestores e conselhos para diminuir o tempo de prestação de contas e dar conformidade e possibilitar aos conselheiros utilizar melhor o Relatório de Gestão. Além disso, disse que, seguindo a Resolução do CNS, estão sendo tomadas medidas para informatizar o Relatório Resumido de Execução Orçamentária, relatório Quadrimestral e Relatório Anual. Considerando o avanço na entrega dos relatórios, disse que era preciso avançar no debate sobre a qualidade dos relatórios. Por fim, colocou-se à disposição para aprofundar o debate e tratar de outros temas de interesse do CNS como mapa da saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, convidou o diretor do DAI, André Bonifácio, para participar da próxima reunião da Mesa Diretora. **Deliberação: a partir de demandas do Plenário e dos Estados, preparar uma oficina para capacitação sobre o COAP (debate político e monitoramento), com o compromisso dos três expositores para colaborar na preparação dessa atividade.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os expositores e encerrou esse item. Em seguida, conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** fez uso da palavra para apresentar denúncia, a partir da leitura de nota do Conselho Indigenista Missionário – CIMI. O texto é o seguinte: “O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) repudia com veemência a decisão do presidente da Câmara dos Deputados, Henrique Eduardo Alves (PMDB-RN), que, por meio de Ato da Presidência, constituiu, no calar da noite desta terça-feira, 10, a “Comissão Especial destinada a apreciar e proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição no. 215-A, de 2000”. Esta proposição legislativa, caso aprovada, alterará os artigos 49, 225 e 231 da Constituição Federal transferindo a competência da demarcação de terras indígenas, da titulação de quilombos e da criação de Unidades de Conservação Ambiental do Poder Executivo para o Poder Legislativo. A instalação da Comissão Especial atende única e exclusivamente aos interesses da bancada ruralista no Congresso Nacional e reforça a declaração de guerra do latifúndio contra os povos indígenas, contra os quilombolas, contra o meio ambiente e os respectivos direitos constitucionalmente estabelecidos. A PEC 215/00 constitui-se num atentado à Constituição Cidadã e à própria democracia no Brasil. O CIMI chama a atenção para o fato de que está em curso uma verdadeira ditadura absolutista do agronegócio no país. Reiteramos a solidariedade aos povos indígenas e o compromisso de apoio às lutas necessárias dos povos em defesa de seus projetos de vida, pela rejeição à PEC 215/00, contra as forças da morte do ruralismo no Brasil.” Considerando a gravidade da denúncia, o Plenário decidiu debatê-la no segundo dia de reunião, com tempo adequado. Com 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); **Arilson 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. Boufleur**, 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 Ostomizados (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 Faciformes (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 Segurança 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** – Coordenção: 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 CISPN. 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. **65º 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 sobrevida, 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 judiciais 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 Omoré**, 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 Eugenio 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 Boufleur**,  
1195 Secretário Geral da 5ª CNSI, informou que a comissão organizadora reuniu-se naquela semana

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

que resulta em: 1) Morte; 2) Ameaça ou risco de vida; 3) Hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, excetuando-se as cirurgias eletivas e as internações previstas no protocolo; 4) Incapacidade persistente ou significativa; 5) Anomalia congênita ou defeito de nascimento e 6) Ocorrência médica significativa que, baseado em julgamento médico apropriado, pode prejudicar o paciente e/ou requerer intervenção médica ou cirúrgica para prevenir quaisquer das demais ocorrências supracitadas. Os relatórios de pesquisa devem ser enviados semestralmente, comunicando ao CEP a ocorrência de eventos adversos esperados ou não esperados. O CEP assumirá, com o pesquisador, a responsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à Anvisa a ocorrência de eventos adversos graves. O formulário de notificação encontra-se disponível, para preenchimento, em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). K) Das denúncias e situações de infração ética: ao receber denúncias ou perceber situações de infrações éticas, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, os fatos deverão ser comunicados para averiguação nas instâncias competentes e, quando couber, a outras instâncias e ao Ministério Público.

2.2. ASPECTOS OPERACIONAIS DOS CEP.

A) Do credenciamento/recredenciamento dos CEP: o processo de credenciamento e renovação de um CEP é regulado por Resolução específica do CNS.

1. O registro e credenciamento ou renovação de registro e credenciamento do CEP será efetivado mediante solicitação formulada pelo responsável da instituição acompanhada do regimento interno e de documento de compromisso de assegurar as condições mínimas de funcionamento do CEP, dentre outros documentos exigidos em resolução específica.

2. A operacionalização do CEP inclui, dentre outros, a obrigatoriedade de capacitação, inicial e permanente, dos membros que o comporão devendo a comprovação de tal capacitação ser encaminhada à CONEP (*comentário: é possível credenciamento e acreditação ao mesmo tempo – credenciamento para CEPs mais simples e acreditação para os mais completos*).

B) Da composição: será composto por, no mínimo, sete (7) membros, dentre eles, pelo menos, um representante de usuários, respeitando-se a proporcionalidade pelo número de membros. Pelo menos 50% dos membros deverão comprovar ter experiência em pesquisa. Poderá variar na sua composição, de acordo com as especificidades da instituição e dos temas de pesquisa a serem analisados. Terá, sempre, caráter multidisciplinar, não devendo haver mais que a metade dos seus membros pertencente à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá, ainda, contar com consultores “ad hoc”, pessoas pertencentes, ou não, à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

1. Da indicação do membro usuário: A indicação da representação de usuários é feita, preferencialmente, pelos Conselhos Municipais ou Estaduais de Saúde, cabendo ao CNS, por meio da CONEP, contribuir no processo de fortalecimento da participação dos representantes de usuários. A indicação do usuário também poderá ser feita por movimentos sociais, entidades representativas de usuários e encaminhadas para a análise e aprovação da CONEP.

2. Da substituição de membros: Ao CEP cabe comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros, e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas, justificando-as.

C) Da vacância, afastamento e ausências: cabe ao CEP ante as situações de vacância, afastamento ou ausências injustificadas por parte de seus membros, adotar as providências de substituição, comunicando o fato à CONEP.

D) Dos prazos: O prazo para emissão do parecer inicial pelo CEP é de trinta (30) dias a partir da aceitação na integralidade dos documentos do protocolo, cuja checagem documental deverá ser realizada em até 10 dias após a submissão.

E) Se o parecer for de pendência, o pesquisador terá o prazo de trinta (30) dias, contados a partir de sua emissão na Plataforma Brasil, para atendê-la. Decorrido este prazo, o CEP terá trinta (30) dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo.

F) As pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo corpo técnico-administrativo e/ou pela coordenação do CEP, e comunicadas, diretamente, ao pesquisador.

G) Do cumprimento das recomendações da CONEP: Ao CEP cabe verificar, junto ao pesquisador, o cumprimento das recomendações feitas nos pareceres da CONEP, antes de autorizar o início da pesquisa. Ao verificar o não cumprimento dessas recomendações, cabe ao CEP manter o protocolo em “pendência” ou, em casos justificáveis, não aprová-lo, obedecendo ao prazo estabelecido para a tramitação de respostas a pendências.

H) Dos recursos: Das deliberações do CEP cabe recurso de reconsideração, ao próprio CEP, no prazo de trinta (30) dias.

I) Se o CEP indeferir o recurso de reconsideração, o pesquisador poderá interpor recurso à CONEP, como última instância, no prazo de trinta (30) dias.

J) Do papel educativo e de capacitação: visa ao fortalecimento de suas decisões, bem como da proteção integral dos participantes de pesquisa. Para tanto o CEP deve aprovar, no primeiro bimestre de cada ano,

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

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

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

procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto às agências regulatórias do país de origem; b) Identificar as fontes materiais de pesquisa, tais como espécimes, registros, dados, a serem obtidos de seres humanos, indicando se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se, também será usado para outros fins; c) Relação das instituições participantes, na dependência do protocolo proposto: i. Protocolos multicêntricos no Brasil: elencar o centro coordenador, centros participantes (indicando o pesquisador responsável pela pesquisa no centro e o CEP que acompanhará o andamento do estudo); ii. Protocolos com centros coparticipantes: elencar, além do centro proponente do estudo, os centros coparticipantes. d) Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil que contem com copatrocínio do Governo Brasileiro deverão explicitá-lo por meio de anuênciam oficial emitida pelo gestor federal de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde." Não foi feita a leitura dos anexos. Finalizando, disse que no mês de outubro deveria ser realizada eleição da CONEP para escolha de 15 membros, 11 dos CEPs e 4 do CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Mussolini**, inicialmente, solicitou maiores esclarecimentos sobre o objetivo do item 2.1, "a", "do Conflito de Interesses". Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, respondeu que o item visa garantir autonomia em relação à administração da instituição ao qual o CEP estava vinculado. Conselheiro **Nelson Mussolini** também destacou o item "c", "Do sigilo", para ponderar que o texto estava muito amplo e conflitava com outros itens, por exemplo, letra "K". Nessa lógica, perguntou como fazer denúncia sem saber do que trata o protocolo. Desse modo, avaliou que a maioria das questões tratadas, com exceção das patentes, deveria ser mais aberta. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** explicou que era necessário ter um critério de rigor de sigilo de todos os protocolos. Conselheiro **Nelson Mussolini** avaliou que a questão do sigilo estava muito fechado (todos os documentos fechados ao público) e qualquer um poderia ter interesse em conhecer o processo. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que o item visava garantir o sigilo que as patentes e os protocolos necessitavam. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** explicou que todas as discussões da CONEP resultavam em documentos – cartas aos CEPs, resoluções - amplamente socializados à sociedade e aos CEPs, inclusive disponíveis na Plataforma Brasil. Esclareceu que o item defendia o sigilo em relação aos protocolos que estavam em análise. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** frisou que o sigilo era necessário para resguardar os envolvidos na pesquisa e lembrou que, posteriormente, a consulta era socializada. O Secretário da SCTIE/MS, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, explicou que o pesquisador bem intencionado teria espaço confortável de atuação e a Plataforma Brasil traria as informações necessárias. Conselheiro **Nelson Mussolini** destacou que a redação do item deixava a questão do sigilo muito fechada, portanto, era preciso criar regras para abrir um pouco essa questão. Também destacou a letra "E) Do parecer" (2. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DO SISTEMA CEP/CONEP), para solicitar a exclusão do termo "entre outros", porque em normas não se devia incluir expressões que criam subjetividades (sugestões: substituir por "todos" ou "nenhum"). Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS, explicou que a letra "e" detalhava a forma como deveria ser o parecer, definindo questões indispensáveis e possibilitando a apresentação de outras (por isso, o uso da expressão "entre outros"). Conselheiro **Nelson Mussolini** salientou que normas não deviam contemplar expressões subjetivas, todavia, disse que não defenderia a modificação caso o coordenador da CONEP e o Plenário entendesse desejável. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que, nesse caso, a flexibilidade não atrapalhava o funcionamento do Sistema. Conselheira **Marisa Furia Silva** defendeu a exclusão da expressão "entre outros". Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o trecho "com ênfase nos seguintes pontos" possibilitava a apresentação de outros aspectos, portanto, o termo "entre outros" era dispensável. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu destacar o item e seguir com os demais inscritos. Conselheiro **Nelson Mussolini** destacou a letra "F) Da análise ética: Compete ao Sistema CEP/CONEP, dentre outras, a função de análise ética (...)" para solicitar maior esclarecimento sobre a expressão "entre outras". Também fez referência ao item 6, letra "G - Da deliberação ética" "(6) Retirado: quando o Sistema CEP/CONEP, por intermédio de parecer fundamentado, acatar a solicitação do pesquisador responsável para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética. Neste caso, o protocolo é considerado encerrado") para questionar por que a retirada de um protocolo precisava ser fundamentada uma vez que não estava em execução. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da 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 Furia 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 Furia 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 nº. 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 nº. 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 (nº 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 nº. 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 nº. 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 recebimento das  
1835 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 nº 466/2012, 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 buscara 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) Participação dos trabalhadores da comunidade e do controle social na Saúde do Trabalhador.  
1904 Como proposta final, disse que a coordenação propõe o seguinte texto para o sub eixo II:  
1905 "Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle  
1906 social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora". Em relação ao sub eixo III,  
1907 explicou que a proposta original era a seguinte: "II - Integralidade da ação e ação intersetorial.  
1908 As propostas alternativas de redação apresentadas foram: 1) A Efetivação da Política de  
1909 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS: Construção da Equidade e Justiça nos  
1910 Territórios; 2) A implementação da PNST: estratégias e responsabilidade sanitária dos  
1911 gestores; e 3) Mudanças institucionais necessárias para realizar a PNST. Como proposta final,  
1912 a coordenação propôs a seguinte redação para o sub eixo III: "Efetivação da Política Nacional  
1913 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos ministérios e nas suas esferas de governo".  
1914 Considerando a necessidade de destaque à questão do financiamento, disse que foi sugerida a  
1915

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 adjunto da CIST/CNS,  
1958 frisou que era preciso ciar 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 Azeredo Costa** reforçou a importância da realização da Conferência e explicou que a responsabilidade tripartite era uma orientação política da OIT adotada pelo país, de modo a contemplar trabalhadores, empresários e governos. Nessa lógica, disse que a responsabilidade social do trabalho era compartilhada pela sociedade e, nesse contexto, era de extrema importância a responsabilidade dos empresários. Conselheiro **Clóvis Boufleur** concordou com o tema da Conferência e avaliou que seria necessária uma linguagem inclusiva. Sobre a comissão organizadora da 4<sup>a</sup> CNST, propôs que fosse composta por 24 integrantes, seguindo inclusive o formato da comissão da 14<sup>a</sup> Conferência. Disse que outras pessoas interessadas em contribuir poderiam ser incluídas nas comissões especiais – de infraestrutura, de comunicação, de relatoria. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** salientou que seria necessário saber a estimativa de participantes da Conferência para definir questões como formato, metodologia, composição da comissão organizadora. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** cumprimentou a iniciativa de realizar a Conferência, todavia, manifestou preocupação com a proposta de deixar a critério do Estado a escolha da proposta metodológica para realização Conferência: regional, macrorregional, microrregionais e/ou municipais. Nessa linha, defendeu que se defina a formato para realização da Conferência, por entender que era determinante para eficácia e eficiência das deliberações das conferências. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que seja contemplado na Conferência os trabalhadores de grandes empreendimentos. Também apresentou a presidente da FENAS, **Eliane de Lima Gerber**, da Mesa Negociação do SUS e perguntou se a Mesa será contemplada no processo de organização da Conferência. Por fim, sugeriu realizar um exercício em uma região com população não assistida pela previdência social, vínculo de carteira – sugestão: região dos 22 estados do oeste do Pará – a fim de realizar diálogo com os trabalhadores. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** perguntou se, no caso de serem realizadas conferências regionais (apenas 96), seria possível ter um retrato da realidade dos trabalhadores do país. Conselheira **Ana Valéria Escolástico Mendonça** salientou que era preciso debater na Conferência a situação dos servidores públicos, em especial das mulheres (76% dos trabalhadores da saúde). Também frisou a importância da participação de um representante da CIST no Programa de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e convidou o CNS para participar das atividades da Campanha Outubro Rosa Brasil. Por fim, informou que haveria mudança na representação da FEMAMA no CNS e agradeceu a oportunidade e a acolhida nesse tempo em que fez parte do Pleno. Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** manifestou preocupação com os números da saúde do trabalhador e ressaltou a importância de ampliar a fiscalização e a vigilância do trabalho por entender que poderia evitar acidentes e óbitos. Fez um destaque à situação dos motoristas e lamentou o não cumprimento da lei que disciplina a profissão. Também salientou a importância de atuação mais incisa das entidades sindicais, dos conselhos de saúde, das CIST na fiscalização e para garantir informações sobre acidentes de trabalho. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** avaliou que seria necessário definir prioridades e, nessa linha, sugeriu pautar a discussão nos eixos temáticos – onde estão os acidentes, quais são medidas centrais a serem tomadas. Conselheiro **Gilson Silva** avaliou que seria necessário definir o formato das conferências estaduais e perguntou se o CNS seria contemplado na comissão organizadora. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** salientou a importância de garantir representação das mulheres na Conferência, a fim de debater questões específicas como: dupla jornada de trabalho, com recorte das políticas públicas; machismo na sociedade; refletir sobre o que é ser homem e ser mulher na sociedade. Também concordou que era preciso ampliar a mobilização e investir em metodologia para trabalhar a articulação local. Conselheiro **Richarlls Martins** cumprimentou a CIST pela apresentação da proposta, com destaque para tentativa de contemplar a diversidade de sujeitos no processo. Avaliou que o Plenário deveria definir a quantidade de integrantes da comissão organizadora e escolher os representantes posteriormente. Também salientou que a Conferência deveria ter um caráter de visibilizar as trabalhadoras e os trabalhadores na sua diversidade. Nessa perspectiva, disse que a discussão central era entender como a Conferência apontava para a perspectiva de desenvolvimento a ser defendida no país a partir da lógica da saúde do trabalhador. Conselheira **Fernanda Benvenutty** sentiu-se contemplada nas falas dos conselheiros e reiterou apenas a importância de não esquecer os trabalhadores da saúde, especialmente os serviços públicos. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** disse que seria importante debater na Conferência o tema saúde do trabalhador e deficiência/relação do mundo do trabalho com a deficiência, lembrando que apenas 1,6% da população com deficiência está no mercado de 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 Furia 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 nº. 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. Nao 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 248<sup>a</sup> 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 248<sup>a</sup>**  
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 Yamaghishi Tomita. Conselheira **Verônica Lourenço** remeteu à Mesa  
2178 Diretora do CNS a retificação na composição da CIAF – Rede Sapá 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 249<sup>a</sup> 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); **Arilson 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. Boufleur**, Conferência Nacional  
2186 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Eduardo Azeredo Costa**, Ministério do Trabalho e Emprego –  
2187 MTE; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, 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 Ostomizados (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 Faciformes (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 Ecolástico 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 Naciolnal de Travestis e Transexuais – 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 Diaz 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).