



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

## ATA DA DUCENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

9 Aos nove e dez dias do mês de outubro de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional  
10 de Saúde "Omitlton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo  
11 B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Reunião Ordinária do  
12 Conselho Nacional de Saúde – CNS. No período da manhã, os conselheiros participaram da  
13 audiência pública, na Câmara dos Deputados sobre a proposta do Projeto de Lei de Iniciativa  
14 Popular "Saúde +10", que destina 10% da receita corrente bruta da União para o financiamento  
15 público da saúde. No período da tarde, iniciaram-se os trabalhos em Plenário. Conselheira  
16 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, iniciou a sessão cumprimentando os  
17 presentes e os que acompanhavam a transmissão em tempo real. **Conselheiro Carlos**  
18 **Alberto Ebeling Duarte, da Mesa Diretora do CNS, assumiu a coordenação dos trabalhos**  
19 **e, de imediato, apresentou a pauta da 250ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada**  
20 **por unanimidade com o adendo, apresentado pelo conselheiro Clóvis Boufleur**  
21 **(Resolução sobre número único de identificação do brasileiro). Em seguida, submeteu à**  
22 **apreciação do Plenário a ata da 248ª RO, que foi aprovada com uma abstenção. Acordou-**  
23 **se que a ata da 249ª seria apreciada no segundo dia de reunião.** Antes de iniciar os itens  
24 da pauta, a mesa concedeu a palavra à recém-eleita Presidente da UNE, **Virgínia Barros**, que  
25 compartilhou preocupações dos estudantes sobre o fortalecimento do SUS. Salientou que o  
26 contexto das manifestações do país era propício para debater a saúde pública e defender o  
27 fortalecimento da saúde pública, universal e de qualidade. Nesse sentido, colocou a entidade à  
28 disposição para fortalecer a mobilização em defesa da aprovação do PL 321/2013, que prevê  
29 mais recursos para a saúde. Explicou que a intenção da UNE é construir um espaço de diálogo  
30 com os estudantes, em parceria do CNS, para debater as questões relativas à saúde. Por fim,  
31 salientou a importância da mobilização que ocorrerá no dia 30 de outubro em prol do  
32 fortalecimento do SUS e colocou a UNE como aliada desse processo. **ITEM 3 –**  
33 **TRANSPARÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA, CONTROLE SOCIAL, CONTROLE INTERNO -**  
34 **Apresentação: Jovita José**, representando o Diretor do Departamento de Auditoria do SUS –  
35 DENASUS; conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**, Secretário de Gestão Estratégica e  
36 Participativa – SGEP/MS; **Ana Fontenelle**, Assessora da Secretaria Executiva do Ministério da  
37 Saúde. **Coordenação: conselheiro Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS.  
38 Inicialmente, conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou a  
39 importância do tema, especialmente à luz do Decreto 7.508/2011 e LC 141/2012. Explicou que  
40 o CNS recebe em média 80 denúncias e pedidos de informações por mês e, dada a  
41 importância do tema, antecipou a proposta de realizar oficina de capacitação, envolvendo CNS  
42 e Conselhos Estaduais, a partir desses instrumentos. Explicou que a Mesa Diretora promoveu  
43 um debate a respeito do tema e a proposta é constituir um comitê permanente para  
44 acompanhar demandas. A primeira convidada a expor sobre o tema foi a representante do  
45 DENASUS, conselheira **Jovita José**, que falou sobre o Sistema Nacional de Auditoria do SUS-  
46 DENASUS. Começou detalhando o marco legal do SNA- DENASUS: Lei nº 8.689/1993 - institui  
47 o SNA, no âmbito do Ministério da Saúde, com competência para a avaliação técnico-científica,  
48 contábil, financeira e patrimonial do SUS, que será realizada de forma descentralizada.  
49 Estabelece que o DCAA, hoje DENASUS, será o órgão central do SNA; Decreto nº. 1.651/1995  
50 que regulamenta o SNA e define competências de seus componentes. Define que o DCAA,  
51 hoje DENASUS é o órgão de atuação do SNA no plano federal, cuja estrutura e funcionamento  
52 são indicativos da organização a ser observada por Estados, DF e Municípios; Lei nº  
53 10.683/2003, art. 27, XX, b – compete ao Ministério da Saúde a coordenação e fiscalização do  
54 SUS; Decreto nº. 7.508/2011 – o SNA, por meio de serviço especializado, fará o controle e a  
55 fiscalização do COAP; Lei Complementar nº 141/2012 - define novas atribuições ao SNA em

56 face da regulamentação do §3º do art. 198 CF/88; e Decreto 7.827/2012, art. 23 – define os  
57 procedimentos da via administrativa de controle interno do MS, se verificado descumprimento  
58 da LC nº 141/2012. Lembrou que o SUS é regulado, majoritariamente, por portarias do Ministro  
59 da Saúde pactuadas pelas três esferas de governo e hoje são mais de 3.000 portarias  
60 vigentes. Lembrou que o orçamento anual do MS (2012) é R\$ 95.903.835.927,00, mais de R\$  
61 50 bilhões transferidos fundo a fundo para 27 UF e 5.570 municípios. A prestação de contas é  
62 feita de forma declaratória por meio de Relatório de Gestão e do Sistema de Informações de  
63 Orçamentos Públicos – SIOPS. Também disse que o DENASUS acompanha os seguintes  
64 programas: a) Programa da Farmácia Popular do Brasil, lançado em fevereiro de 2011 - 24.400  
65 farmácias - R\$ 57.490.000,00 em 2012. Apenas o DENASUS pode auditar, pois é gerido  
66 totalmente pelo Ministério da Saúde; e b) CartaSUS - desde 2012 foram emitidas 19,5 milhões  
67 de cartas aos usuários do SUS - podem se reverter em denúncias. Destacou ainda dados das  
68 ações do DENASUS (2011, 2012 e 2013): Auditoria: 2611; Cooperação técnica: 922;  
69 Fiscalização: 458; Verificação do TAS: 161; e Visita Técnica: 4.017. Ainda em relação às ações  
70 do Departamento (2011 a 2013), fez um destaque às auditorias realizadas em 2009 relativas  
71 aos recursos de 2006 e 2007 no que se refere à EC nº. 29 dos Estados. Explicou que o  
72 percentual aplicado pelos estados na saúde foi inferior ao preconizado pela EC 29 (12%), 18  
73 Estados em 2006; e 17 Estado em 2007; e um Estado aplicou apenas 3%. Destacou que não  
74 foram aplicados R\$ 5,9 bilhões de reais em 2006 e R\$ 6 bilhões em 2007, agravando o  
75 subfinanciamento do Sistema. Na área da saúde da mulher, disse que o DENASUS verificou  
76 1535 mamógrafos e o resultado foi o seguinte: 224 (14,6%) sem uso; e, desse total, 110  
77 (49,1%) sem produção, 86 (38,4%) com defeito e 28 (12,5%) na embalagem. Ainda em relação  
78 à saúde da mulher, destacou que o Departamento verificou 989 laboratórios de citopatologia e  
79 identificou: 776 (78,5%) apresentaram baixa produção (menor que 15.000 exames/ano); 564  
80 (57%) não comprovaram que realizam o Monitoramento Interno da Qualidade – MIQ; 357 não  
81 dispunham de programa de manutenção corretiva dos equipamentos; e 437 não fizeram  
82 manutenção de preventiva. Também fez um destaque à verificação do Departamento no que  
83 diz respeito ao glaucoma, explicando que se verificou que quatro estados do Nordeste, entre  
84 2008 e 2011, receberam 80% dos recursos financeiros destinados ao país e nesses estados foi  
85 constatado: unidades sem médico; unidade sem equipamento; unidade sem a disponibilidade  
86 do colírio; e cobrança de atendimentos de glaucoma. No que se refere ao Programa Saúde  
87 não Tem Preço - Farmácia Popular do Brasil, disse que foram realizadas 792 auditorias de  
88 2009 a 2012 com as seguintes constatações: dispensação de medicamentos para CPFs de  
89 pessoas falecidas; dispensação para funcionários das drogarias que não comprovaram a  
90 regularidade das dispensações. Salientou que o resultado desse processo foi 487 farmácias  
91 descredenciadas. Em relação à hanseníase, explicou que foram verificadas 394 unidades em  
92 32 municípios, tendo sido constatado: baixa aplicação dos recursos repassados para os  
93 municípios; número muito alto de diagnóstico de casos novos em menores de 15 anos; em  
94 algumas unidades de saúde foram identificados medicamentos vencidos; e falta de  
95 medicamentos e insumos importantes para auxiliar no diagnóstico da doença. Sobre saúde  
96 mental, o Departamento realizou ação em 189 hospitais psiquiátricos (de 2011 a 2013), com as  
97 seguintes constatações: a) quanto à estrutura: 81% com inadequação na relação número de  
98 profissionais de saúde e leitos hospitalares; 99% com inadequação da estrutura física,  
99 mobiliário e vestuário; b) quanto a processo: 75% com inadequação das anotações nos  
100 prontuários pelos profissionais de saúde; e 50% com inadequação da assistência, incluindo a  
101 preparação para o retorno do usuário ao convívio social. Detalhou o prejuízo financeiro e social  
102 (valor da devolução financeira): 2011: R\$ 161.565.524,77; 2012: R\$ 159.068.038,41; e 2013  
103 (até agosto) R\$ 160.437.656,01; totalizando R\$ 481.071.219,19. Como inovação, destacou  
104 a reposição de recursos no SUS por estados e municípios, decorrente da celebração do Termo  
105 de Ajuste Sanitário - TAS. Disse que desde 2010 foram assinados 263 TAS no valor total de  
106 R\$ 209.290.407,72. Chamou a atenção para o valor do prejuízo social (difícil de quantificar) -  
107 pessoas não atendidas; medicamentos não disponíveis; unidades de saúde não construídas;  
108 indisponibilidade de profissionais; uso do recurso fora da finalidade - e o resultado final - óbitos.  
109 Explicou que o SNA está presente nos três entes da federação: Federal: DENASUS – direção  
110 em Brasília e 26 Unidades desconcentradas em cada estado; Componentes Estaduais: 26  
111 implantados, 1 não implantado; Componentes Municipais: 313 implantados, dos quais somente  
112 83 em atuação (1,4% dos Municípios brasileiros). Também falou sobre a força de trabalho do  
113 DENASUS, explicando que são 405 servidores de nível superior; 331 de nível intermediário (a  
114 maioria faz auditorias por ter formação superior e qualificação); e 415 (56,4%) aptos a  
115 aposentar. Disse que a 1ª Câmara do Tribunal de Contas da União constatou a realidade do

116 SNA de redução drástica de servidores de 1997 a 2011 (de 1.200 para 750). Desse modo,  
117 disse que, em não havendo mudanças, em 2014 serão apenas 80 servidores do DENASUS. A  
118 segunda expositora foi a assessora da SE/Ministério da Saúde, **Ana Maria Fontenelle**, que  
119 apresentou o Plano de Providências “Monitoramento e controle da aplicação dos recursos  
120 federais transferidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde”. Explicou que o Plano refere-se à  
121 Nota Técnica nº 2.642 da CGU-PR, de 4 de dezembro de 2012, que trata do Controle do MS  
122 sobre as transferências fundo a fundo e a integração dos trabalhos entre o DENASUS e a  
123 CGU. Detalhou que o objetivo principal do Plano é apresentar mecanismos de controle  
124 previstos na legislação vigente para comprovar a regular aplicação dos recursos transferidos  
125 na modalidade fundo a fundo, pelo MS aos demais entes da Federação. Detalhou que a Nota  
126 Técnica a CGU nº 2.642/2012 elencou os seguintes problemas: fragilidade do controle primário  
127 das Secretarias finalísticas do MS no acompanhamento e monitoramento das transferências  
128 fundo a fundo; ausência da plena alimentação do Portal Saúde com + Transparência e do  
129 Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão no âmbito do SUS (SargSUS); ausência de  
130 análise dos Relatórios Anuais de Gestão pelo DENASUS para fins de comprovação da  
131 aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo; ausência de integração dos processos de  
132 trabalho do DENASUS, enquanto componente federal do sistema de auditoria do SUS, com a  
133 Controladoria-Geral da União; inadequada posição funcional do DENASUS dentro da estrutura  
134 organizacional do Ministério da Saúde; e ausência de critérios objetivos para subsidiar a  
135 deliberação dos Conselhos de Saúde sobre os Planos de Saúde, as Programações Anuais de  
136 Saúde e os Relatórios de Gestão. Disse que o objetivo geral do Plano de providências é  
137 elaborar plano de providências com programação de ações para o avanço e/ou implantação de  
138 sistemas, regramentos legais e demais instrumentos de controle e monitoramento que  
139 possibilitem ao Ministério da Saúde o acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos  
140 transferidos aos demais entes da federação na modalidade fundo a fundo. Salientou que o foco  
141 geral do Pleno é controle, monitoramento e avaliação e os pontos-sínteses são: 1) Controle e  
142 monitoramento das ações e recursos aplicados nos serviços de saúde em todos os níveis de  
143 atenção, assistência, vigilância e promoção de saúde; 2) Transparência; 3) Processos de  
144 trabalho do DENASUS e fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria; e 4) Análise do  
145 Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão. Detalhou que a  
146 estrutura do Plano é a seguinte: I. Monitoramento em nível de sistema; II. Sistemas de controle  
147 primário dos recursos transferidos fundo a fundo; III. Sistema de planejamento como  
148 precondição para o efetivo controle no âmbito do Sistema Único de Saúde; IV. Análise dos  
149 relatórios anuais de gestão; V. Fortalecimento do SNA no âmbito do SUS. Programação de  
150 atividades do departamento nacional de auditoria do SUS. Integração com a CGU; VI. Novos  
151 instrumentos legais, revisões e atualizações; e VII. Curso de capacitação sobre auditoria e  
152 controle interno. Explicou que o círculo de monitoramento ocorre da seguinte forma: a partir da  
153 avaliação diagnóstica do SUS (IDSUS), novas metas são pactuadas no COAP e passam a ser  
154 incorporadas nos diversos momentos do planejamento (PS, PPA, PAS) e seus resultados  
155 refletidos nos RAGs. Considerando o círculo de monitoramento, explicou que foram definidos  
156 instrumentos de controle, detalhados a seguir. Controle 1: Painel de Monitoramento e  
157 Avaliação do Sistema Único de Saúde. Responsabilidade direta no MS: DEMAS/Secretaria  
158 Executiva (SE). Resultado: Assessoramento para a construção de um sistema de avaliação  
159 para a qualificação do Sistema Único de Saúde, Avaliação do Desempenho do SUS,  
160 Diagnóstico das políticas em todas as esferas da federação, Transparência na transferência  
161 dos recursos e Acompanhamento pelas secretarias finalísticas dos resultados da aplicação dos  
162 recursos. Indicação de auditorias e/ou demais medidas pertinentes. Prazo: novembro de 2013.  
163 II. Evolução/criação de sistemas de controle primário dos recursos transferidos fundo a fundo:  
164 II.1. Atenção Básica; II.2. Atenção Especializada; II.3. Atenção Pré-hospitalar: SAMU 192; II.4.  
165 Vigilância e promoção da saúde; e II.5. Insumos Estratégicos. Foco: Controle e monitoramento  
166 dos recursos destinados ao componente da atenção à saúde. Presença na totalidade dos  
167 municípios. Controle 2: Identificador Nacional de Equipe. Monitoramento: Acompanhamento  
168 das equipes de saúde através do Identificador Nacional de Equipe, que representará,  
169 univocamente, as equipes de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de  
170 Saúde (SCNES). Resultado: Quantidade real de equipes da Atenção Básica que deverão ser  
171 objeto de financiamento. Prazo: Até dezembro de 2013. Responsabilidade direta no MS:  
172 DAB/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 3: Universalização do Programa Nacional  
173 de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Monitoramento: Indicadores do IDSUS  
174 – AB. Avaliação Externa por Instituições de Ensino e Pesquisa. Resultado: a. Quanto à  
175 efetividade da política: Elementos relativos: à estrutura, equipamentos e condições de trabalho

nas unidades básicas de saúde; à qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; ao apoio dado às equipes pela gestão da Atenção Básica; ao acesso e à qualidade da atenção à saúde ofertada ao cidadão; e à satisfação e participação do usuário dos serviços de saúde de cada unidade avaliada; b. Quanto aos recursos financeiros: incentivo financeiro referente ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), transferido apenas aos municípios que aderirem ao PMAQ-AB. Prazo: Até dezembro de 2013. Responsabilidade direta no MS: DAB/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 4: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e e-SUS Atenção Básica (e-SUS-AB). Monitoramento: Registro individualizado das informações do cidadão, avançando na unificação e integração gradual de todos os sistemas de software na AB. Informação para o processo de trabalho e de gestão da Atenção Básica. Consulta de dados sobre os usuários de saúde. Controle de custeio. Resultado: Qualificação da gestão da informação; agilidade do atendimento com menor tempo de espera; Acompanhamento dos atendimentos na UBS; Flexibilidade para as diferentes estruturas dos municípios; Informatização das consultas; Melhoria no investimento dos recursos financeiros; Avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes. Prazo: previsão de portaria de implantação do SISAB para setembro de 2013 (PRT GM/MS nº. 1.412, de 10 de julho de 2013 PRT SAS/MS nº 915, de 16 de agosto de 2013 – prazos). Responsabilidade direta no MS: DAB/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Os próximos referem-se à atenção especializada. Foco: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) - adotar providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por três competências consecutivas. Controle 5: Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); Sistema de Controle do Limite de MAC Ambulatorial e Hospitalar (SISMAC). Interoperabilidade com sistema superior. Monitoramento: envio e acompanhamento da base de dados. Cruzamentos. Resultado: Avaliação para repasse de recursos de MAC. Possibilidades de bloqueio do repasse. Cotejamento da produção registrada no SIA e SIH com o limite financeiro de MAC. Prazo: em execução e aprimoramento. Até julho de 2014. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 6: InfoSAS. Sistema de mineração de dados para aperfeiçoamento do controle primário. Monitoramento: mineração de dados secundários para aperfeiçoar o controle primário. Análise de séries históricas de produção e de indicadores. Acompanhamento de possíveis desvios. Resultado: identificação de anomalias nos dados secundários extraídos dos bancos oficiais do MS. Emissão de alertas às equipes de controle e avaliação. Indicação para glosa de recursos. Prazo: primeira etapa prevista para fevereiro de 2014. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 7: Obrigatoriedade da informação sobre contratos vigentes. Evolução do SCNES. Monitoramento: limite do cadastro de vínculos profissionais. Resultado: bloqueio para cadastramento de profissionais com mais de dois vínculos públicos e advertência para existência de profissionais com mais de cinco vínculos autônomos (em equipes de ESF) e mais de dois estabelecimentos públicos ou privados. Glosa de recursos relativos à produção ambulatorial e hospitalar relativa ao profissional que apresenta acúmulo de vínculos. Prazo: em execução e aprimoramento. Até julho de 2014. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 8: CNES 3.0; evolução no SCNES; limpeza do banco. Monitoramento: profissionais versus jornada de trabalho; interoperabilidade com outros sistemas. Cruzamento de Informações. Resultado: melhoria na qualidade da informação; interoperabilidade com outros sistemas de cadastro nacional, evitando redundância ou erro de informação; maior segurança; agilidade na inserção e disseminação; geração de relatórios mais completos e eficientes; funcionamento em consonância com o CNES off line, até que a rede do SUS esteja informatizada em sua totalidade. Prazo: até dezembro de 2013. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Atenção Pré-Hospitalar: SAMU 192. Foco: processo de decisão para corte de custeio. Portaria 804/2011 apresentou-se ineficiente nos fatores de compreensão textual, execução da normativa e principalmente na aplicação de suas recomendações. Controle 9: Cadastramento da produção do SAMU-192 no SCNES. Monitoramento: acompanhamento da produção do SIA/SUS do Samu-192. Registro da produção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis cadastradas por três meses consecutivos no SIA/SUS. Resultado: suspensão do repasse de recursos de custeio temporária ou definitiva. Prazo: até setembro de 2013. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Vigilância e promoção da saúde. Foco: comprovação da aplicação dos recursos

236 transferidos para os fundos estaduais, municipais e distrital de saúde. Controle 10: Sistema de  
237 Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Nascidos Vivos  
238 (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Monitoramento: previsto pela  
239 Portaria nº. 3.252/09 (PRT nº. 1.378, de 9 de julho de 2013). Alimentação regular das  
240 informações no SINAN, no SINASC e no SIM. Resultado: bloqueio de repasse dos recursos do  
241 componente Vigilância e Promoção da Saúde, caso o sistema não seja alimentado por dois  
242 meses consecutivos. Prazo: em aprimoramento pela interoperabilidade com a análise dos  
243 RAGs. Fevereiro de 2014. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Vigilância em Saúde  
244 (SVS). Insumos estratégicos. Foco: aprimoramento e integração das atividades da Assistência  
245 Farmacêutica para a gestão dos recursos. Controle 11: Programa Nacional de Qualificação da  
246 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde – QUALIFAR-SUS. Eixo informação.  
247 Monitoramento: Acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da  
248 Assistência Farmacêutica. Eixo Informação do QUALIFAR-SUS. Registro das entradas, saídas  
249 e dispensação de medicamentos relacionados aos componentes Básico, Estratégico e  
250 Especializado constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em  
251 vigência, além do Programa Farmácia Popular do Brasil. Encaminhamento das informações por  
252 meio eletrônico pelos gestores das respectivas esferas federativas através de sistemas que  
253 permitam a interoperabilidade (HORUS, WebService ou o Sistema Autorizador do Programa  
254 Farmácia Popular). Resultado: Produção de documentos técnicos para apoio ao  
255 aprimoramento das atividades da Assistência Farmacêutica tendo em vista a integração e  
256 avaliação. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de  
257 Medicamentos (PNAUM) tornando-a um instrumento periódico. Prazo: até janeiro de 2014.  
258 Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
259 (SCTIE). Controle 12: Plataforma de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados.  
260 Monitoramento: planejamento e execução de ações de estruturação da Assistência  
261 Farmacêutica para a atenção básica dos municípios habilitados no QUALIFAR-SUS.  
262 Resultado: Estruturação da Assistência Farmacêutica. Prazo: em aprimoramento até dezembro  
263 de 2013. Responsabilidade direta no MS: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos  
264 Estratégicos (SCTIE). Controle 13: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica  
265 (HORUS). Monitoramento: Informações do paciente, do prescritor e dos medicamentos em uma  
266 única tela. Resultado: Integração com outros sistemas de controle e monitoramento do SUS  
267 como o SCNES e Cartão Nacional de Saúde (CNS). Disponibilização do perfil do usuário; do  
268 consumo de medicamentos por origem da receita; estoque dos medicamentos; rastreabilidade  
269 de lotes; validade; solicitação de medicamentos pelas centrais; programação de aquisição entre  
270 outros. Prazo: em fase de implantação desde 2009. Prazo para os municípios pertencentes ao  
271 QUALIFAR-SUS: até setembro de 2013. Previsão da relação de municípios com o  
272 monitoramento pela utilização do HORUS: até dezembro de 2013. Responsabilidade direta no  
273 MS: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de  
274 planejamento como precondição para o efetivo controle no âmbito do Sistema Único de Saúde.  
275 Foco: Revisão dos marcos legais do sistema de Planejamento do SUS. Controle 14:  
276 Regramento para o Sistema de Planejamento no âmbito do SUS. Monitoramento: previsão da  
277 política. Possibilidade de recomendações sobre mudanças de rota. Interoperabilidade com os  
278 instrumentos de planejamento do Governo. Resultado: prever também a forma de  
279 monitoramento deste planejamento, assegurando o controle social, além de garantia da  
280 transparência e visibilidade da gestão da saúde, parte integrante do conceito do SUS. Prazo:  
281 previsão de encaminhamento para pactuação até setembro de 2013. Responsabilidade:  
282 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/ DAI; CONASS, CONASEMS. Análise  
283 dos Relatórios Anuais de Gestão. Foco: necessidade de definição de fluxos para apropriação  
284 por parte das secretarias finalísticas do Ministério da Saúde, depois do RAG analisado pelos  
285 Conselhos e informados no Sarg-SUS. Controle 15: Regramento de critérios para a análise dos  
286 RAGs, através de regulamentação. Monitoramento: obrigatoriedade da alimentação no Sistema  
287 de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão (Sarg-SUS). Consolidação do RAG como  
288 instrumento estratégico para a transparência da utilização dos recursos da saúde. Avaliação do  
289 planejamento em saúde por parte dos entes federados. Critérios para análise e avaliação dos  
290 RAG. Resultado: registro de avanços e obstáculos quando da execução do Plano de Saúde,  
291 possibilidade de recomendações para a próxima PAS com possíveis redirecionamentos do PS  
292 vigente. Prazo: provável prazo de encaminhamento para pactuação até dezembro de 2013.  
293 Responsabilidade: DAI/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Conselho  
294 Nacional de Saúde. Comissão Intergestora Tripartite. Controle 16: Módulo do Sarg-SUS com  
295 informação dos dados do Relatório Detalhado do Quadrimestre. Monitoramento:

monitoramento da aplicação dos recursos aplicados no quadrimestre; auditorias realizadas ou em execução no período e possíveis recomendações e cotejamento dos serviços de saúde ofertados com os indicadores de saúde. Resultado: acompanhamento e facilitação da análise pelos órgãos de controle e auditoria. Prazo: até dezembro de 2013. Responsabilidade: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). No que se refere ao fortalecimento do SNA no âmbito do SUS, explicou que o foco é o fortalecimento e reestruturação do Sistema Nacional de Auditoria, com revisão do Decreto que institui o SNA. A respeito da regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (revisão do Decreto nº. 1.651/1995), destacou os seguintes dispositivos: a. encaminhamentos dos relatórios de auditoria; b. utilização pelos entes públicos, dos sistemas informatizados; c. disponibilização ao público dos relatórios de auditoria finalizados; d. diretrizes para o fortalecimento da estrutura organizacional dos componentes do SNA; e e. diretrizes para aperfeiçoamento do processo de trabalho de auditoria. Também disse que o DENASUS definiu amostra para análise dos RAG conforme seleção de critérios: 1. Relatórios de Gestão Municipal (2012) não aprovados identificados no Sarg-SUS; 2. Todos os Relatórios de Gestão (2012) dos Estados, do Distrito Federal e das Capitais: RAGs aprovados, aprovados com ressalvas e não aprovados; e 3. Orientações para atuação dos Conselhos de Saúde para análise dos RAG. No mais, disse que o Departamento definiu o seguinte fluxo: 1) Instrumentos da fase analítica: Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde. Relatório de Gestão será extraído do Sarg-SUS. 2) Indicadores no Protocolo elaborado pelo DENASUS para constatação da veracidade das informações constantes do RAG. 3) Verificação presencial dos resultados alcançados. Análise baseada na produção pactuada no COAP. 4) Resultados das atividades de controle encaminhados aos gestores estaduais, municipais e do DF e às secretarias finalísticas do Ministério da Saúde, de acordo com área. Também salientou as iniciativas de formatação e publicação de novos instrumentos legais, revisões, atualizações, tendo como foco novos instrumentos legais, criação de novas normas e/ou revisões e compilações de outras já existentes e em vigência. Por fim, citou os seguintes instrumentos legais: 1) edição de Portaria que institui o Grupo de Controle Interno; 2) edição de Portaria de Implantação do SISAB. Revisão da Portaria que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS; 3) Revisão do Decreto 7.507/2011 e Portaria 2.707/2011; 4) Atualização da Portaria 1.475/1994; 5) atualização do Decreto Federal nº 1.651/95 que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria; e 6) elaboração de Manual compilando todas as normas legais de controle por parte do Ministério da Saúde. Na sequência, conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS, fez considerações gerais sobre o tema. Destacou a importância do debate considerando o papel dos conselhos de saúde de analisar e aprovar o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão. Nessa linha, disse que o grande desafio do Sistema é qualificar os conselheiros da base para avaliar esses dois instrumentos e lembrou que esse é um papel do movimento social. Ressaltou que a SGEP iniciou trabalho com o DAI, em parceria com CONASS e CONASEMS, de mobilização na base para que Estados e Municípios votem os planos de saúde e os relatórios de gestão. Informou que 97% dos municípios possuem Relatório de Gestão publicado no SargSUS e o grande desafio refere-se à qualidade desses Relatórios. Ressaltou que será iniciada nova etapa em que o SNA analisará os Relatórios como instrumento do controle interno. Disse que a Presidente da República tem priorizado essa questão e assinou dois decretos – Decretos nº. 7.507/2011 e 7.508/2011 – que fortalecem essa agenda e contribuem para melhoria da qualidade da gestão. Ainda em relação ao DENASUS, explicou que foi constituída comissão corregedora para debater as polêmicas. Salientou, inclusive, a importância da adoção do Termo de Ajuste Sanitário – TAS, por se tratar de um mecanismo que não prejudica a população. Pontuou que são agendas prioritárias no que se refere ao fortalecimento do controle social: Sistema de Cadastramento dos Conselhos Municipais de Saúde – SIACS – é preciso cadastrar 100% dos conselhos; Programa de Inclusão Digital - PID; SargSUS – como instrumento de acompanhamento da gestão; Ouvidoria – conjunto de ações voltadas ao fortalecimento; e DENASUS – está em debate a proposta de criar a carreira de analista de controle interno no SUS. Também destacou que foi publicado edital para disponibilizar Internet Banda Larga em 13 mil unidades de saúde do Brasil e frisou que essa informatização e o funcionamento dos Sistemas - ESUS hospitalar, ESUS AB, ESUS SAMU - garantirá um sistema de monitoramento e avaliação em tempo real. Por fim, afirmou que essas ferramentas contribuirão para, em conjunto com o controle social, aprimorar o Sistema. **Manifestações**. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** saudou os expositores e perguntou quais foram as medidas adotadas diante das irregularidades identificadas pelas auditorias em relação aos

356 mamógrafos e hospitais psiquiátricos. Também manifestou preocupação com o quadro de  
357 pessoal do DENASUS, tendo em vista o importante papel da auditoria. Sugeriu ainda pautar  
358 novamente o debate sobre a Lei Complementar nº. 141/2012 para aprofundar o debate de  
359 algumas questões dessa norma e pautar apresentação sobre os resultados das auditorias  
360 realizadas pelo DENASUS nos estados. Por fim, salientou que um sistema de auditoria eficaz é  
361 fundamental para efetivar e consolidar o controle social do país. Conselheira **Denise**  
362 **Rodrigues Eloi de Brito** cumprimentou os expositores e fez um destaque especial ao  
363 importante trabalho do DENASUS. Focou a sua fala na preocupação acerca das órteses,  
364 próteses e materiais especiais utilizados no país destacando que foram apresentadas  
365 denúncias sobre esses insumos na Câmara de Saúde Suplementar/ANS. Explicou que na  
366 última reunião da Câmara foi apresentado resultado do trabalho do DENASUS, realizado em  
367 20 hospitais de treze estados do país, que identificou inconsistências em relação a esse item e  
368 indícios de fraude. Nesse sentido, perguntou se há ação de continuidade da pesquisa e de  
369 controle dessa variável tão importante nas despesas com saúde no sistema de saúde como um  
370 todo. Conselheiro **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza** manifestou satisfação com a  
371 articulação do processo de auditoria com o de gestão e salientou a importância da iniciativa de  
372 adoção do Termo de Ajuste Sanitário – TAS. Lembrou inclusive que a aplicação da letra fria da  
373 norma leva à punição de gestor que, na condição de responsável por prover serviço, utilizam  
374 recursos de outras fontes para garantir o funcionamento do serviço. Conselheiro **Haroldo**  
375 **Jorge de Carvalho Pontes**, das questões colocadas pelos expositores, destacou a  
376 importância de garantir a qualidade na elaboração dos relatórios e assegurar o  
377 acompanhamento com eficiência. Salientou ainda a importância de dar destaque no Plano à  
378 discussão sobre seleção e concurso para o DENASUS e solicitou maiores esclarecimentos  
379 sobre a alteração do decreto que trata do SNA. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**  
380 cumprimentou os componentes da mesa e perguntou se havia previsão de conectividade com  
381 as instâncias de controle social na perspectiva de aprimorar as ações de controle. Conselheiro  
382 **André Luiz de Oliveira** elogiou a Mesa Diretora do CNS por pautar o tema, inclusive no  
383 contexto da mobilização em prol de mais recursos para a saúde. Lembrou que a luta por mais  
384 recursos é acompanhada pela defesa da transparência e correta aplicação desses novos  
385 recursos. Também salientou que é preciso garantir um sistema nacional de auditoria cada vez  
386 mais fortalecido e valorizado e priorizar a auditoria no âmbito do MS. Conselheira **Ubiraci**  
387 **Matildes de Jesus** ressaltou a relevância desse debate entendendo que é necessária sintonia  
388 entre controle interno e externo para garantir a eficácia do controle/fiscalização. Também  
389 salientou que é preciso estreitar a relação entre auditoria e controle social no sentido de  
390 aprimorar o processo de fiscalização e evitar desvios de recursos da saúde. Conselheiro **José**  
391 **Eri de Medeiros** cumprimentou a mesa por pautar o tema e salientou que a transparência é  
392 fundamental para o país, inclusive à democratização do Estado brasileiro. Também salientou a  
393 importância do TAS, uma vez que a utilização de recursos financeiros externos pelos  
394 municípios na média complexidade visa atender às necessidades da população. Sobre o  
395 DENASUS, perguntou sobre as ações desenvolvidas diretamente pelo MS e como se dá o  
396 acompanhamento da auditoria. Frisou ainda a importância de maior controle dos recursos das  
397 três esferas destinados à alta e média complexidade uma vez que traz estrangulamento maior  
398 do que se imagina no que se refere à transparência. A respeito do Plano, solicitou que fosse  
399 disponibilizado para aprofundar o debate e apresentar contribuições. Por fim, defendeu a  
400 criação de um sistema de auditoria nas três esferas de governo, autônomo, desvinculado do  
401 MS, com carreira própria. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** cumprimentou os expositores,  
402 mas reiterou a sua preocupação com a necessidade de redefinir a forma de fiscalizar e auditar  
403 os recursos da saúde. Também salientou que a auditoria deve responder as denúncias e  
404 lembrou que o CNS recomendou a realização de auditoria no município de Uberlândia e até o  
405 momento não houve resposta do Departamento. Frisou ainda que é preciso auditar e definir  
406 punições no caso de irregularidades e, para isso, defendeu um sistema de auditoria autônomo  
407 e independente. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, saudou o  
408 Secretário Luiz Odorico pelos avanços em relação aos instrumentos de controle e gestão que  
409 possibilitam qualificar e dar transparência, mas, ponderou que não enfrentam o problema da  
410 falta de ética na administração pública. Também cumprimentou a iniciativa da elaboração do  
411 Plano de Providências e avaliou que essa iniciativa deve ser socializada para os Conselhos e a  
412 CGU. Como encaminhamento, propôs realizar uma oficina de capacitação de conselheiros  
413 nacionais e estaduais, em colaboração com DENASUS e DAI até dezembro sobre esses  
414 instrumentos de controle e gestão e aprofundar o debate sobre a Lei de Responsabilidade  
415 Sanitária e a inserção do DENASUS. Por fim, fez os seguintes questionamentos: o novo

416 decreto dispõe sobre a definição de carreira e responde às expectativas do DENASUS? Como  
417 garantir controle maior sobre a terceirização na saúde? Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, de  
418 um lado, destacou a falta de estrutura para o funcionamento do DENASUS e, do outro,  
419 salientou a dificuldade enfrentada pelos conselhos estaduais e municipais para realizar o  
420 controle externo, inclusive para cumprir as definições da Lei nº. 141/2012 e do Decreto  
421 7.508/2011. Nessa linha, frisou que é preciso definir como articular o sistema de controle  
422 interno e de controle externo para que funcionem e cumpram o seu papel. No mais, lembrou  
423 que o SIACS possibilita uma análise quantitativa e não qualitativa da situação dos conselhos  
424 de saúde, o que está aquém da avaliação que precisa ser feita conforme acórdão do TCU.  
425 Sobre o SARGSUS, disse que será necessário avaliar a qualidade dos relatórios de gestão e  
426 os conselheiros de saúde necessitarão de auxílio nessa análise. Conselheiro **Clóvis Boufleur**  
427 destacou a relevância e a pertinência da mesa de debate que inaugura processo de discussão  
428 que se completará com a presença do Ministério Público. Destacou que o controle é necessário  
429 na sociedade e propôs que se avançasse no processo de auditoria na lógica de diminuir  
430 custos, uma vez que 30% dos recursos do SUS é mal gasto. Também disse que o foco do SUS  
431 deve ser o usuário do Sistema com a lógica de diminuir mortes precoces e doenças evitáveis.  
432 Nessa linha, avaliou que os municípios não devem ser classificados de forma generalizada  
433 pela diversidade do país. Portanto, propôs a criação de uma classificação dos municípios de  
434 acordo com os problemas relativos a uso de recursos, identificados pelo DENASUS.  
435 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, primeiro, saudou o MS pela eficiência da resposta à  
436 nota técnica da CGU, inclusive com definição de instrumentos que permitam maior  
437 transparência. Todavia, ponderou que, além de criar instrumentos mais eficazes, devem-se  
438 fortalecer os conselhos de saúde que são os responsáveis pela avaliação dos instrumentos de  
439 gestão. Também cumprimentou o CNS pelo trabalho importante de avaliação do RAG 2012 e  
440 do 1º quadrimestre. Por fim, disse que é preciso otimizar os instrumentos de avaliação,  
441 inclusive para avaliar a execução feita em nível federal. Conselheira **Rosimeire Aparecida da**  
442 **Silva** cumprimentou o DENASUS pelo trabalho realizado nos hospitais psiquiátricos brasileiros  
443 e perguntou quais foram as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde diante dos resultados  
444 das auditorias. Lembrou, inclusive, que os hospitais psiquiátricos brasileiros são recorrentes em  
445 violação de direitos humanos, produção de morte e violência contra as pessoas com sofrimento  
446 mental e a oferta de assistência é precária (81% apresentam problemas de falta de pessoal e  
447 99% problemas de infraestrutura). Também solicitou que o DENASUS, ao realizar auditorias,  
448 considere a singularidade da rede de saúde mental e rede substitutiva. Por fim, perguntou se,  
449 após a inclusão das comunidades terapêuticas na rede de saúde, o DENASUS realizará  
450 auditoria nessas instituições. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** falou sobre a visita técnica ao  
451 hospital da Universidade Federal do Piauí (nº 4.658), com representação do DENASUS,  
452 destacando que, entre outras questões, o relatório aponta que o SUS pagou à EBSERH,  
453 empresa administradora do hospital, R\$ 10 milhões (de abril a agosto de 2013) enquanto que a  
454 produção no hospital no primeiro semestre de 2013 corresponde apenas a 1,64% do valor  
455 pago pelo SUS, ou seja, R\$ 664,184,26. Diante da gravidade desses dados, disse que o CNS  
456 deve debater mecanismos de acompanhamento e repasse financeiro do SUS para os entes  
457 federados. Conselheiro estadual **Paulo Humberto Gomes da Silva**, presidente CES/RS,  
458 salientou a importância do debate desse tema no Conselho e ressaltou a importância da  
459 avaliação, por parte do CNS, em relação a esses instrumentos. Ressaltou que, por vezes, os  
460 relatórios de gestão são aprovados com ressalvas ou reprovados e nada é feito a esse  
461 respeito. Citou o caso do Rio Grande Sul, o Estado que menos aplica em saúde pública do  
462 país, cujo Relatório de Gestão é reprovado pelo CES desde 2006 e não se vê nenhum  
463 movimento para modificar essa situação. Por fim, perguntou o posicionamento do MS acerca  
464 do cumprimento da LC nº. 141/2012, pelos entes federados. Conselheira **Maria Laura**  
465 **Carvalho Bicca** salientou a importância de retomar o diálogo com a ouvidoria e cumprimentou  
466 o DENASUS pelo avanço ao sair apenas do registro da denúncia para o controle e  
467 acompanhamento, além da qualificação das informações. Também saudou a possibilidade de  
468 funcionamento da ouvidoria por 24h porque facilitaria a denúncia de irregularidades. Também  
469 disse que é preciso assegurar a carreira para os servidores da ouvidoria, com estabilidade.  
470 **Retorno da mesa.** Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**, Secretário de Gestão Estratégica e  
471 Participativa – SGEP/MS, agradeceu, primeiramente, a parceria com a Assessora da Secretaria  
472 Executiva do Ministério da Saúde, Ana Fontenelle, uma vez parte das atividades são  
473 articuladas à SGEP e à SE/CNS. Sobre a força tarefa dos mamógrafos, disse que após  
474 diagnóstico da situação, foram feitas mudanças como a adoção do TAC. Salientou que é  
475 preciso modificar os indicadores de mortalidade materna e por câncer de mama por falta de

476 acesso ao sistema. Todavia, o desafio é que parte da tecnologia necessária para essa  
477 mudança (mamógrafos) não pode estar em todos os municípios, mas sim distribuída  
478 regionalmente. Disse que, após as auditorias, os mamógrafos foram redistribuídos e houve  
479 investimento em tecnologia para assegurar o acesso. Sobre os hospitais psiquiátricos, lembrou  
480 que o Conselho é responsável pelo controle social e o TCU responsável pelo controle externo.  
481 Salientou que o desafio maior é aprimorar o controle social e, para isso, a capacitação de  
482 usuários, que é papel da sociedade civil, é essencial. Sobre o SARGSUS, disse que contempla  
483 informações de 97% dos municípios, com avaliação do Plano Municipal e do Relatório de  
484 Gestão feita pelos conselhos e as informações estão acessíveis a toda sociedade brasileira.  
485 Também disse que os Relatórios Anual de Gestão não aprovados serão objeto de auditoria.  
486 Sobre o DENASUS, lembrou que não se trata de controle externo e discordou que todos os  
487 municípios devam dispor de um sistema de auditoria, uma vez que, entre outras questões, trará  
488 gasto para o ente. Por outro lado, concordou que os municípios com serviço  
489 contratado/conveniado precisa de SNA. Explicou que a força de trabalho do DENASUS  
490 aposentada era substituída pela força do MS, contudo, concordou que isso não resolvia o  
491 problema. Nesse sentido, disse que foi construída uma agenda de debate com o MPOG na  
492 linha de criar a carreira de analista de controle interno. Sobre a conectividade, disse que estava  
493 sendo realizada licitação de banda larga para todas as unidades de saúde, o que representará  
494 um avanço, facilitando o controle social e melhorando o acesso do usuário ao Sistema. Ainda  
495 sobre o SARGSUS, ponderou que seria importante apresentá-lo às entidades do movimento  
496 sindical a fim de popularizar essa ferramenta. Explicou ainda que o SIACS cumpre a etapa de  
497 levantamento da situação dos Conselhos e a partir do diagnóstico será necessária ação pra  
498 assegurar a paridade na composição dos conselhos. No caso dos conselhos municipais sem  
499 paridade, informou que será definido TAC com o município a fim de assegurar a paridade.  
500 Concordou que falta recursos no SUS e que há malversação de recursos, mas discordou que  
501 seja de 30%. De todo modo, salientou a importância de definir formas para evitar o desperdício  
502 de recursos. Sobre a saúde mental, disse que há avanços e salientou que o DENASUS  
503 acompanhará as unidades que recebem recursos do MS. No caso do Estado do Piauí, disse  
504 que uma das prioridades é colocar o Hospital Universitário do Piauí para funcionar e criar um  
505 sistema de oncologia em Parnaíba. Sobre a visita técnica ao hospital universitário, disse que o  
506 relatório está disponível na internet e é de domínio público. Também salientou que nesses 25  
507 anos do SUS nenhum indicador de saúde piorou, ao contrário, houve melhoria de acesso a  
508 medicamento, a diagnóstico, a tratamento, apesar de reconhecer que há muito a melhorar. Fez  
509 um destaque ainda à criação da Lei de Acesso à Informação – SAI que também representa um  
510 avanço. Sobre as órteses e próteses, disse que é uma prioridade e está sendo criada força  
511 tarefa conjunta para verificar essa questão. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**  
512 manifestou preocupação com o retorno das auditorias realizadas e as condições precárias para  
513 desempenhar esse trabalho. O Secretário da SGEP, **Luiz Odorico Monteiro**, ressaltou que o  
514 retorno das auditorias é feito por meio da publicação dos relatórios, inclusive das tratativas, na  
515 internet. Também disse que é preciso entender os limites do DENASUS e lembrou que  
516 operações da polícia federal iniciam-se com os resultados das auditorias do Departamento. No  
517 mais, discordou que a auditoria tenha as piores condições de trabalho, todavia, concordou que  
518 é preciso avançar em algumas questões. Nesse sentido, reiterou que o MS está negociando  
519 com o MPOG a realização de um concurso para criação de carreira de analista de controle  
520 interno. Por fim, colocou-se à disposição para reunir-se com o FENTAS e debater questões de  
521 interesse do segmento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou  
522 que a proposta é realizar oficina para capacitar e qualificar o controle social no que se refere  
523 aos instrumentos de controle e gestão. Conselheira **Jovita José**, representante do Diretor do  
524 DENASUS, recordou que a competência do DENASUS é relatar a situação, cabendo às áreas  
525 técnicas do MS tomar as devidas providências. No caso de situação grave, o relatório é  
526 enviado Ministério Público para as ações cabíveis. Disse que o Departamento realizou auditoria  
527 na área de órteses e próteses e os relatórios foram encaminhados às áreas técnicas.  
528 Salientou que essa questão poderia ser retomada, mas recordou que o DENASUS possui  
529 cerca de 4 mil demandas paradas e são definidas prioridades. Também informou que os  
530 relatórios das auditorias estão disponíveis no site do SNA. Lembrou ainda que o MS não  
531 realiza ações e serviços de saúde e é auditado pela CGU, o órgão responsável pelo controle  
532 interno do governo federal. Também ressaltou que o DENASUS é uma ferramenta de gestão e  
533 diferente dos demais controles - TCU e MP. Disse que o Decreto visa regulamentar a lei e não  
534 trata de recursos humanos. Explicou que a UNASUS apresentou emenda a projeto de lei que  
535 criou cargos, mas o PL, aprovado no Senado Federal, foi vetado pela Presidente Dilma

536 Rousseff. Por conta desse veto, disse que foi realizada reunião no Ministério do Planejamento  
537 e acordou-se que será encaminhada proposta para solucionar a situação. Também chamou a  
538 atenção para a importância da Lei de Responsabilidade Sanitária e defendeu a criação de uma  
539 frente parlamentar em defesa do SUS para avançar em questões relativas ao direito sanitário.  
540 Por fim, informou que a visita técnica ao hospital universitário do Piauí foi solicitada pelo MP  
541 Federal. A assessora da SE/MS, **Ana Fontenelle**, convidou os conselheiros a visitar a página  
542 da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE que apresenta a compilação de todos os  
543 resultados do SUS. Também disse que a metodologia do plano de providência parte do  
544 resultado de desempenho sistêmico e realiza processo de redução para criar os controles de  
545 modo a melhorar os resultados explicitados na SAGE. Também se colocou à disposição para  
546 participar da oficina sugerida pelo CNS e a prestar maiores esclarecimentos sobre o Plano. No  
547 mais, frisou que não há impedimento para que o controle social tenha acesso à ferramenta do  
548 controle interno. Também disse que no Plano de Providência foi desenhado acordo entre a  
549 CGU e DENASUS no sentido de definir planejamento sobre visitas técnicas e auditorias.  
550 Também disse que o voto da Presidente da República ao PL ocorreu por conta do vício de  
551 origem e o MS negocia com o MPOG a criação dos cargos o mais breve possível. Na  
552 sequência, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, sintetizou os  
553 encaminhamentos oriundos do debate e o conselheiro **Renato Almeida de Barros** reiterou a  
554 proposta de repautar o tema, convidando a auditoria para trazer casos de impacto nos 27  
555 estados e municípios e apresentar as ações adotadas. Citou, por exemplo, a denúncia sobre  
556 Betim onde a estrutura da saúde tem sido repassada à UNIMED. Conselheira **Maria do**  
557 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reiterou que o CNS recebe em média 80 denúncias e  
558 pedidos de informações por mês e, assim, salientou que a intenção é realizar oficina para,  
559 inclusive, definir um plano para lidar com as denúncias que chegam ao Colegiado. Conselheiro  
560 **Clóvis Boufleur** reiterou a solicitação de incluir link do SARGSUS e do SNA na página do  
561 CNS. **Com esses acréscimos, o coordenador da mesa colocou em votação os**  
562 **encaminhamentos oriundos do debate, que foram aprovados:** 1) pautar novamente a Lei  
563 Complementar nº. 141/2012 para aprofundar o debate de itens específicos; 2) realizar  
564 oficina, em parceria com DENASUS e DAI e participação dos conselhos estaduais e  
565 municipais de saúde, para tratar do tema transparência na gestão pública, controle  
566 social, controle interno. Data indicativa: 4 e 5 de dezembro de 2013; 3) debater  
567 posteriormente a proposta de elaborar resolução para tratar sobre classificação de  
568 municípios no que se refere à utilização de recursos (sugestão: conselheiro Clóvis  
569 Boufleur); e 4) incluir link do SARGSUS e do SNA na página do CNS. **ITEM 4 –**  
570 **APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS**  
571 **PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL – PNAI.** *Apresentação:*  
572 **Marden Marques Soares Filho**, Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS; **Mara**  
573 **Fregapani Barreto**, coordenadora de reintegração e ensino do Departamento Penitenciário do  
574 Ministério da Justiça; e conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva**, coordenadora da  
575 CISM/CNS. *Coordenação:* conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O  
576 Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS, **Marden Marques Soares Filho**, iniciou com a  
577 apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de  
578 Liberdade no Sistema Prisional – PNAI. Explicou que, de 1948 a 2003, a atenção à saúde no  
579 sistema prisional foi ofertada pela justiça criminal. Em 2003, foi estruturado o Plano Nacional de  
580 Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2003 – 2013) com o objetivo de organizar o acesso  
581 da população penitenciária ao SUS, sendo público alvo 100% da população penitenciária  
582 brasileira, em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas. Detalhou que a população  
583 carcerária do país é de 551.385 (0,29% da população nacional), sendo: 498.746 (93%)  
584 homens; e 37.539 (7%) – mulheres. Salientou que o crescimento foi 120% em 10 anos (o  
585 Brasil é o 4º país que mais encarca) e as vagas no sistema prisional chegam a 300 mil (1,8  
586 pessoas por vaga). Explicou ainda que são 2.721 estabelecimentos penais: 4 penitenciárias  
587 federais; 621 penitenciárias estaduais; e prisões provisórias (Fonte: Geopresidios/CNJ  
588 Agosto/2013). Disse que o perfil da população carcerária é o seguinte: público jovem (18 a 34  
589 anos); pretos e pardos, na maioria; grande parte está em regiões metropolitanas do país; e  
590 nível socioeducativo muito baixo (fundamental incompleto, na maioria). Visando à definição de  
591 uma política, disse que o PNSSP foi avaliado, tendo sido identificados os seguintes fatores  
592 críticos: equipes atendem a duas faixas de atenção com 7 profissionais de saúde em cada – 1)  
593 até 100 presos e 2) de 100 a 500 presos; subfinanciamento – incentivo financeiro de custeio  
594 insuficiente; cobertura potencial de 31,81%; grande parte das equipes são análogas ao SUS:  
595 vinculados à administração penitenciária ou são híbridas (parte da saúde e parte da justiça);

596 não utilizam sistemas de informação do SUS; poucos passaram por programas de educação  
597 permanente; não operam na lógica do SUS, não planejam os atendimentos na perspectiva da  
598 clínica ampliada e poucos realizam “porta de entrada”; e baixa articulação com a Rede de  
599 Atenção à Saúde do território. Em relação ao panorama de qualificação dos Estados, destacou  
600 que 26 estados e o DF estavam qualificados ao PNNSP e mais de 80 municípios assumiram a  
601 gestão plena da saúde no sistema penitenciário (nos estados da AM, BA, MS, MT, RO, RS e  
602 SP). Explicou que a composição atual das Equipes de Saúde do Plano é a seguinte: médico;  
603 enfermeiro; assistente social; psicólogo; técnico de enfermagem; técnico de higiene bucal; e  
604 cirurgião-dentista. Acrescentou que o repasse de incentivo financeiro é fundo a fundo, sendo:  
605 até 100 pessoas privadas de Liberdade - R\$ 1.890,00/mês; e 100 a 500 pessoas privadas de  
606 Liberdade - R\$ 3.780,00/mês. Além disso, salientou que os medicamentos básicos são  
607 entregues por meio um kit de compra centralizada (Farmanguinhos), entrega trimestral, cálculo  
608 para cada 250 detentos. Sobre o cenário atual do Plano Nacional de Saúde no Sistema  
609 Prisional, destacou que são 276 Equipes de Saúde qualificadas em 242 unidades prisionais  
610 distribuídos em 157 Municípios e a meta é qualificar mais 1.555 Serviços de Saúde no Sistema  
611 Prisional (20% ao ano) até 2019. Disse que a cobertura é de 31,8% e a população alcançada é  
612 de 202.962. Explicou que onde há uma equipe de saúde prisional dentro dos presídios há uma  
613 boa rede de atenção básica em volta. Em relação à Política Nacional de Atenção Integral à  
614 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional – PNAISP, relatou que a  
615 construção iniciou-se em 2009 com o objetivo de inserir essa população no SUS. Explicou que  
616 a intenção é estruturar unidades de saúde nos espaços prisionais com equipes que atendam  
617 nas unidades. Disse que foram realizados encontros para elaborar a Política, com a  
618 participação de usuários, trabalhadores, gestores, academia. Como resultado, destacou que foi  
619 elaborada a seguinte proposta para composição de equipes: EABp I - 1 Médico, 1 Enfermeiro e  
620 Téc. de Enfermagem; EABp II - 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Téc. de Enfermagem, 1 Assistente  
621 Social, 1 Psicólogo, 1 Prof. Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisio ou Nutricionista,  
622 Farmacêutico); ESBp - Cirurgião-dentista e Técnico de Higiene Bucal; e EPSP - Médico  
623 Psiquiatra ou outro especialista com formação/experiência em saúde mental e 2 Prof. Nível  
624 superior (Terapeuta Ocupacional, Fisio, Psico, AS ou outro com formação em saúde mental).  
625 Detalhou que são três modalidades de equipe – até 100 custodiados - carga horária semanal  
626 mínima – 6h (aumento do valor e facultada a inclusão de saúde mental nessa modalidade); de  
627 101-300 custodiados - carga horária semanal mínima de 20h, com os seguintes valores: EABp  
628 Completa + ESBp: R\$ 19.191,65 e EABp Completa + ESBp + ESMp: R\$ 28.633,31; e de 301-  
629 700 custodiados - carga horária semanal mínima de 30h com o valor do incentivo mensal para  
630 EABp Completa + ESBp + ESMp de R\$ 42.949,96. A respeito da Assistência Farmacêutica  
631 Básica, disse que a proposta em relação aos medicamentos básicos é descentralizar os  
632 recursos do FNS para os fundos estaduais ou municipais, consignado em norma específica.  
633 Detalhou ainda que são critérios para implantação da Política: 1) qualificação dos serviços  
634 existentes: a) cadeias públicas e delegacias – responsável: gestão municipal e b)  
635 penitenciárias e colônias agrícolas ou industriais – responsável: gestão estadual; 2) incentivo  
636 aos municípios prioritários: grupos homogêneos do IDSUS + taxa de população custodiada; 3)  
637 municípios com unidades prisionais adensadas: > 1.000 custodiados; 4) municípios com  
638 unidades prisionais até 100 presos; e 5) mulheres custodiadas. Para os municípios que  
639 assumirem a gestão da saúde prisional, explicou que haverá adicional ao recurso (de 11 a  
640 70%), dependendo do grupo homogêneo. No caso dos Estados, a depender do GH, o adicional  
641 será de 6% a 35%. No que respeito ao monitoramento, disse que será feito por meio do SIAB e  
642 SIA/SUS, E-SUS e PMAQp e será elaborado e executado plano de estratégias de  
643 Monitoramento & Avaliação da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Finalizando,  
644 disse que o sistema prisional é um desafio e citou questões que merecem atenção especial  
645 como a situação das crianças que permanecem no sistema prisional de 6 meses a 7 anos e a  
646 medida de segurança que, em muitos casos, configura-se em uma prisão perpétua. Por fim,  
647 disse que está em debate um dispositivo que prevê equipe específica para a população privada  
648 de liberdade, com formato de funcionamento parecido com as experiências exitosas -  
649 Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (MG) e Programa de Atenção Integral ao  
650 Louco Infrator (GO). A coordenadora de reintegração e ensino do Departamento Penitenciário  
651 do Ministério da Justiça, **Mara Fregapani Barreto**, agradeceu o convite e salientou que é  
652 preciso avançar e garantir que as políticas cheguem até o sistema prisional. Nessa linha,  
653 reafirmou a importância da implementação da PNAISP e da atuação intersetorial no setor.  
654 Disse que são mais 550 mil pessoas privadas de liberdade, com perfil de pessoas excluídas  
655 que não tiveram oportunidade – de emprego, educação, saúde, assistência social. O

656 Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS, **Marden Marques Soares Filho**, interveio  
657 novamente para justificar a ausência do Secretário de Atenção à Saúde, **Helvécio Miranda**  
658 **Magalhães** e do diretor do Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas do **Ministério da**  
659 **Saúde, Dário** Pasche, que cumpriam agenda externa. Conselheira **Rosimeire Aparecida da**  
660 **Silva**, coordenadora da CISM/CNS, agradeceu a oportunidade de participar do debate e  
661 relatou que, atualmente, trabalha no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário  
662 Portador de Sofrimento Mental (**PAI-PJ**) de Minas Gerais que buscou uma saída para o  
663 manicômio judiciário. Disse que o Programa existe há 14 anos e a partir dele foi possível criar  
664 modalidades alternativas e introduzir a lógica da reforma psiquiátrica na compreensão do  
665 direito. Manifestou satisfação com a Política e destacou a importância da participação do  
666 Ministério da Justiça nesse debate. Destacou que é preciso assegurar autonomia à saúde no  
667 âmbito do sistema carcerário para garantir a ética no cuidado aos privados de liberdade, pois a  
668 lógica atual é de submissão do cuidado à lógica repressiva. Nessa linha, destacou, por  
669 exemplo, que a assistência à saúde prestada pelas equipes profissionais fica submetida à  
670 lógica disciplinar da penitenciária e à vontade dos seus agentes. Salientou que é preciso  
671 avançar para que medicação não seja utilizada como castigo ou como prêmio. Também fez  
672 referência ao sistema socioeducativo para destacar a importância de aprofundar o debate a  
673 respeito, uma vez essas unidades possuem caráter mais carcerário que socioeducativo e  
674 perguntou se será tratada em portaria específica. Manifestou sua perplexidade com o mapa da  
675 exclusão social do país e lembrou que a maioria das penitenciárias brasileiras e das unidades  
676 socioeducativas é composta por pessoas de origem negra e pobre – os encarcerados são  
677 sempre os mesmos. Também chamou a atenção para o grupo das mulheres encarceradas que  
678 é o que mais cresce no sistema carcerário. Sobre a Portaria, propôs a seguinte alteração: no  
679 artigo 9º, excluir o termo “preferencialmente” de modo a assegurar que as pessoas  
680 sentenciadas com medida de segurança ambulatorial sejam tratadas na rede substitutiva (e  
681 não preferencialmente). Também disse que é preciso tratar as patologias mais prevalentes e  
682 produzidas pela instituição - DST, HVI, hepatites, tuberculose, dermatite e solicitou atenção  
683 especial à saúde mental, pois há pessoas com sofrimento mental encarceradas no país –  
684 cumprindo medida de segurança e pena. Além disso, salientou que aqueles que cumprem  
685 medida de segurança em penitenciárias ou cadeias não estão cobertos por medida ou bolsa  
686 auxílio que permita o reingresso na família. Disse ainda que há manicômios judiciários e  
687 defendeu um diálogo com a justiça que permita incluir essas instituições na mesma lógica da  
688 reforma do hospital psiquiátrico; ou seja, caminhar para o fechamento do leito. Sobre a  
689 desintoxicação, disse que é preciso pensá-la do ponto de vista clínico orgânico e como as  
690 equipes de saúde das penitenciárias terão condições de responder a essa situações.  
691 **Manifestações.** Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** saudou a mesa pelas falas e  
692 manifestou sua satisfação com a Política. Manifestou preocupação com o conflito de  
693 competências entre SUS e sistema judiciário no que se refere à saúde das pessoas privadas  
694 de liberdade e frisou que é preciso trabalhar essa relação a fim de assegurar melhores  
695 condições para essa população. Também falou que é preciso definir ações voltadas à falta de  
696 treinamento e preparo dos profissionais de saúde para tratar com a população privada de  
697 liberdade. Por fim, perguntou como mobilizar os gestores para dar a devida atenção à  
698 população privada de liberdade. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**  
699 (“**Santinha**”) chamou a atenção para a complexidade da doença mental e a especificidade de  
700 gênero nessa questão e destacou a importância de promover um debate sobre esse tema.  
701 Salientou ainda que é preciso preparar os profissionais de saúde para atender a população  
702 feminina privada de liberdade, salientando, por exemplo, o alto índice de casos de câncer  
703 nesse grupo. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** salentou que é preciso modificar a  
704 lógica do sistema carcerário como um todo, inclusive para garantir a implementação da  
705 Política. Também frisou que é necessário garantir intersectorialidade das políticas – educação,  
706 assistência, saúde – para a inserção das pessoas privadas de liberdade na sociedade. No que  
707 se refere à saúde mental, chamou a atenção para o alto índice de depressão nas pessoas  
708 privadas de liberdade. Por fim, lembrou que não existe recorte de orientação sexual nos  
709 presídios e fez um destaque à violência que sofre as travestis nesses espaços. Conselheira  
710 **Fernanda Benvenutty** também manifestou preocupação com o aumento dos casos de  
711 depressão e suicídio nos presídios, em especial da população LGBT. Também manifestou  
712 preocupação com o alto índice de transmissão de AIDS e DST nos presídios e frisou que é  
713 preciso pensar ações voltadas à prevenção dessas e de outras doenças. Conselheiro **Carlos**  
714 **Alberto Duarte** avaliou que é preciso transformar os presídios para que não sejam mais um  
715 espaço de adoecimento das pessoas e citou, por exemplo, que a população carcerária é 38

vezes mais vulnerável para tuberculose. Também manifestou satisfação com o objetivo da Política de organizar o acesso da população penitenciária ao SUS, todavia, disse que é preciso definir a corresponsabilidade dos Estados e Municípios – contrapartida financeira para as equipes, por exemplo. No que se refere a medicamentos, perguntou como garantir a assistência farmacêutica quando é usada como penalização ou premiação às pessoas privadas de liberdade. Por fim, perguntou qual será o envolvimento dos conselhos de saúde no debate da Política. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** destacou que o grande desafio da política é garantir a intersetorialidade com outras áreas. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** solicitou que a Política conte com as pessoas privadas de liberdade que necessitam de alimentação diferenciada por conta de patologias como a doença celíaca. Conselheira **Maria Lucia Santos Pereira da Silva** perguntou qual é a receptividade dos gestores em relação à Política e salientou a importância de envolver a assistência social no debate desse tema. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** saudou a iniciativa e perguntou a posição dos trabalhadores em relação às ações previstas. Também lamentou que crianças cresçam dentro de presídios e frisou que é preciso definir uma saída para essa situação. Por fim, discordou que o Brasil não tenha pena de morte tendo em vista o alto índice de pessoas assinadas no país, em especial de jovens. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** saudou a proposta, mas frisou que é preciso aprimorar a fiscalização para garantir a implementação das ações propostas. No que se refere à saúde mental, avaliou que a Política não contempla na profundidade esperada, considerando, inclusive, as manifestações do Conselho Nacional de Justiça e do Conselho de Política Penitenciária e Carcerária que apontam para o fim dos hospitais de custódia e tratamento penitenciário. Manifestou satisfação com o esforço para incluir o SUS no sistema penitenciário, mas disse que é preciso avançar ainda mais, considerando inclusive as realidades locais. Conselheiro **Richarlls Martins** destacou que a PNSSP é uma política de equidade que agrupa outras políticas equânimes – população negra, LGBT, pessoas vivendo com HIV AIDS. Nesse sentido, disse que é preciso pensar em um modo de agrupar e implementar essas políticas haja vista a dificuldade de colocar em prática políticas de equidade no país. Também disse que é difícil pensar a lógica de cuidado e acolhimento em um espaço de segregação e de reprodução de uma lógica que vai de encontro a políticas de liberdade. Sobre a Política, fez os seguintes questionamentos: o que é grupo homogêneo? Qual o critério para inclusão de profissional de saúde mental nas equipes? Como será o monitoramento da implementação da Política? Por fim, propôs a formação de um GT para contribuir na elaboração do plano operativo da Política. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**, inicialmente, disse que o controle social enfrenta dificuldade para avaliar o impacto do PAI-PJ de Minas Gerais. Solicitou maiores informações sobre os critérios para composição das equipes e a forma de contratação dos profissionais, entendendo que é preciso garantir força de trabalho permanente para dar sequência à execução da Política. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** manifestou satisfação com a Política e fez um destaque à importância da inserção dos terapeutas ocupacionais que atuam no sistema penitenciário. Todavia, destacou que é desproporcional a relação entre o número de profissionais e usuários (1/500 apenados) e esses profissionais também são demandados para cuidar também da família do apenado. Sobre os medicamentos da RENAME, sugeriu diálogo com as Secretarias do MS acerca da descentralização de medicamentos, uma vez que a Relação gera limitações às necessidades dessa população. **Retorno da mesa.** A coordenadora de reintegração e ensino do Departamento Penitenciário do Ministério da Justiça, **Mara Fregapani Barreto**, iniciou a sua fala salientando que o sistema prisional do país é um grande desafio, em especial no que diz respeito à articulação segurança e saúde. Pontual, inclusive, que a situação atual é fruto de uma metodologia em que a saúde, em muitos estabelecimentos, está vinculada à justiça. Na linha da articulação, explicou que a Política foi discutida de forma intersetorial e a minuta de portaria já foi pactuada e aguarda a assinatura dos ministros de Estado. Sobre a medida socioeducativa, disse que será publicada portaria específica, todavia, lembrou que o MS não tem gestão sobre essas medidas. Em relação à saúde mental, informou que também está em debate uma portaria específica. Salientou que o sistema prisional possui problemas, inclusive problemas dentro dos problemas – saúde mental, mulheres, estrangeiros, idosos – e fez um destaque às 500 crianças que nasceram e vivem no sistema prisional com suas mães. Disse que a saída envolve a capacitação dos profissionais, tanto da saúde quanto da justiça, sobre o direito da população carcerária ao SUS. Por fim, salientou a parceria do MS e MJ e colocou-se à disposição para debater outras questões de interesse do CNS. Nesse ponto, a mesa interrompeu para o lanche. Retomando, conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a Lei nº. 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo-SINASE,

776 regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique  
777 ato infracional, determina que a atenção integral à saúde do adolescente no Sistema de  
778 Atendimento Socioeducativo seguirá, entre outras, a diretriz da garantia de acesso a todos os  
779 níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as  
780 normas do SUS. Além disso, lembrou que o CNS aprovou Recomendação (nº. 22/2012) ao  
781 Ministério da Saúde que constitua um comitê com representantes do CONANDA, CNS e  
782 Comissão Intergestores Tripartite para acompanhar a implementação da Lei do SINASE e a  
783 elaboração da proposta de adequação e integração das ações de saúde com educação e  
784 assistência social com esse Sistema. Também lembrou que a criança pode permanecer junto  
785 com a mãe privada de liberdade apenas até os seis meses e a separação, após esse prazo,  
786 traz grandes prejuízos inclusive com a interrupção da amamentação. Salientou ainda que  
787 algumas crianças são encaminhadas para adoção, muitas vezes contra a vontade da mãe.  
788 Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Boas** explicou que pesquisa realizada na  
789 penitenciária de Porto Alegre, com 2.162 detentos, identificou percentual de 28,39% de  
790 portadores crônicos de Hepatite C. Nesse caso, disse que o tratamento era inviável dentro do  
791 sistema prisional. Defendeu a realização de uma pesquisa nos mesmos moldes em nível  
792 nacional para fazer levantamento de casos de HIV e hepatites no sistema penitenciário.  
793 Também disse que no âmbito do sistema prisional é preciso garantir condições mínimas para  
794 atendimento como o caso de saúde bucal. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** iniciou a sua  
795 fala manifestando as dificuldades dos profissionais para atender a população privada de  
796 liberdade e salientou que a qualificação das equipes de saúde que atendem as pessoas  
797 privadas de liberdade é fundamental. Além disso, avaliou que o atendimento, inclusive na área  
798 de saúde bucal, deve ser oferecido nas unidades, inclusive, assegurando a estrutura e o  
799 material adequado. Também perguntou de quem será a responsabilidade pela qualificação das  
800 equipes e o controle das ações. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** registrou que se sentiu  
801 contemplada com as falas e ressaltou a importância de garantir a presença de profissionais  
802 nutricionistas nas equipes. No mais, manifestou satisfação com a Política, por entender que  
803 pode contribuir para modificar a situação do sistema prisional do país, mas salientou que é  
804 preciso acompanhar a implementação. **Retorno da mesa.** O Coordenador Nacional de Saúde  
805 Prisional/MS, **Marden Marques Soares Filho**, iniciou frisando que é militante do SUS e das  
806 causas dos direitos sociais e vivenciou no cotidiano muitas das questões colocadas ao  
807 trabalhar nessas instituições. Frisou que a Política sinaliza melhoria para o que ainda é caótico  
808 ao propor a transformação de cada unidade prisional em ponto de atenção da rede de atenção  
809 à saúde, com pactuação local. Disse que, enquanto ponto de atenção da rede, é mais fácil  
810 trabalhar regulação e atenção especializada em cada território. Disse que tem sido feito  
811 debate, inclusive com o MJ, para que os PPA contemplem a expansão das reformas no âmbito  
812 das unidades prisionais de modo a garantir condições às equipes para operar nas unidades.  
813 Disse que as minutas de portarias foram construídas de forma intersetorial (seis ministérios),  
814 com envolvimento de trabalhadores, usuários e gestores. Também informou que está em  
815 construção uma portaria sobre medida de segurança que será objeto de debate no CNS. Sobre  
816 a assistência farmacêutica, informou que a proposta de alteração será submetida à discussão  
817 do Plenário do CNS. Destacou que a área de saúde prisional possui interface com outros  
818 programas como DST/AIDS, acordos internacionais, hepatites virais, agravos não  
819 transmissíveis, alimentação e nutrição. Explicou ainda que foi firmado convênio com a  
820 Universidade Federal de Santa Catarina para elaboração de um projeto político de educação  
821 permanente para o sistema prisional voltado à capacitação dos profissionais da rede que  
822 atuarão nos presídios. Disse que a intenção é modificar a lógica intramuros, assegurando uma  
823 rede mais integrada ao sistema prisional. Acrescentou ainda que serão elaborados documentos  
824 orientadores (protocolos de atendimento) para orientação às equipes de saúde atendendo as  
825 especificidades do atendimento no sistema prisional - alimentação e nutrição, HVI AIDS, saúde  
826 mental, saúde da mulher, saúde da criança. No mais, destacou que a intenção é publicar um  
827 decreto definindo diretrizes orientadoras macro da saúde com orientações para SINASE  
828 (adolescentes – 30 mil) e sistema prisional (adultos – 550 mil presos). Informou que foi firmado  
829 convênio para realização de observatório epidemiológico em saúde prisional e a intenção é  
830 considerar os levantamentos desse instrumento na definição do projeto para monitoramento e  
831 avaliação da Política. Sobre o grupo homogêneo, explicou que foi utilizado o IDSUS por conta  
832 dos indicadores de qualidade. Sobre saúde bucal, reconheceu que é um problema e salientou  
833 que é preciso vencer algumas barreiras. Também disse que é preciso trabalhar a educação  
834 permanente com os agentes penitenciários a fim de garantir a mudança da lógica do sistema  
835 prisional. Sobre a população LGBT, lembrou que o sistema é binário, o que dificulta esse

836 debate, todavia, apontou avanços no diálogo. Citou, por exemplo, que quatro presídios  
837 possuem alas específicas para travestis – Paraíba, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Minas  
838 Gerais e Bahia. Ressaltou ainda que é uma prioridade alinhar a Política de Saúde da  
839 População Negra com a Política de Saúde Prisional e considerar diretrizes em relação à  
840 Política da População LGBT. Ressaltou que tem sido feitas reuniões com as áreas técnicas do  
841 MS e outros ministérios pensando em unidades móveis para atendimento em saúde bucal e  
842 CEOS – estratégias integrais e transversais. Explicou que a Política aponta diretrizes gerais e  
843 as especificidades serão trabalhadas pouco a pouco. Também salientou a importância da  
844 participação do CNS no monitoramento da Política e concordou com a proposta de formar GT  
845 para, daqui a quatro meses, fazer uma análise sobre a implantação da Política. Conselheiro  
846 **Renato Almeida de Barros** perguntou qual a justificativa para definição de equipe básica com  
847 composição diferenciada e qual será a forma contratual dos profissionais de saúde que irão  
848 atuar nas unidades prisionais. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva**, coordenadora da  
849 CISM/CNS, iniciou reiterando a proposta de alteração do art. 5º da Política: “A medida de  
850 segurança na modalidade de tratamento ambulatorial será assistida na rede de atenção à  
851 saúde” (exclusão de “preferencialmente”). Manifestou sua satisfação com a entrada da saúde  
852 no cárcere, o que deve representar um sopro de esperança para os privados de liberdade.  
853 Como encaminhamentos, propôs compor GT para acompanhar a implementação da Política  
854 Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; pautar o debate da  
855 minuta da PNAISP na próxima reunião da CISM, no mês de novembro; pautar debate no CNS,  
856 com a participação do MS, MJ, para contribuir na elaboração de protocolos de atendimento,  
857 assegurando as contribuições do movimento social; pautar debate sobre a portaria que trata do  
858 paciente judiciário na próxima reunião da CISM, a ser convocada para o mês de novembro,  
859 para levantar subsídios à elaboração de parecer para subsidiar o debate no CNS. Conselheira  
860 **Maria Laura Carvalho Bicca** destacou que a reinserção do preso e apenado e a reabilitação  
861 da família são fundamentais e relatou a experiência do GHC de Porto Alegre – Projeto  
862 Mulheres Mil - em que escolas técnicas de ensino realizam trabalho de reabilitação com as  
863 mulheres encarceradas. Salientou que essa experiência poderia ser replicada em outros  
864 estados utilizando as escolas técnicas. **Retorno da mesa**. O Coordenador Nacional de Saúde  
865 Prisional/MS, **Marden Marques Soares Filho**, disse que os critérios para composição das  
866 equipes foram: cálculo da população privada de liberdade, dificuldade do fluxo saúde – justiça,  
867 quantidade de agravos, número de consultas/ano; e Resolução CNPCT nº. 9 - que trata da  
868 ambiência prisional. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sintetizou os encaminhamentos  
869 oriundos do debate: 1) compor GT para acompanhar a Política Nacional de Atenção Integral à  
870 Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, assegurando a participação de movimentos  
871 sociais; 2) pautar avaliação da implementação da Política daqui a quatro meses, assegurando  
872 a participação de movimentos sociais (associações de parentes e amigos de pessoas privadas  
873 de liberdade); 3) aprovar modificação no texto da Política; e 4) pautar o debate da minuta de  
874 portaria que trata dos manicômios judiciários na próxima reunião da CISM, a ser convocada  
875 para o mês de novembro. Conselheiro **Clóvis Boufleur** propôs delegar à CISM ou a outras  
876 comissões o acompanhamento da Política, assegurando a participação de movimentos sociais,  
877 lembrando que o GT tem prazo de duração (6 meses) e o acompanhamento permanente deve  
878 ser feito por comissões. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva**, coordenadora da  
879 CISM/CNS, sugeriu delegar às Comissões do CNS - CISM; CDSTAIS, Hepatites e  
880 Tuberculose; CISPP; e CISPLGBT – para acompanhar a implementação da Política. **Após**  
881 **ponderações, o Plenário decidiu:** 1) delegar às Comissões do CNS - CISM; CDSTAIS,  
882 Hepatites e Tuberculose; CISPP; e CISPLGBT – o acompanhamento da Política Nacional  
883 de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; 2) pautar avaliação da  
884 implementação da Política daqui a quatro meses, assegurando a participação de  
885 movimentos sociais (associações de parentes e amigos de pessoas privadas de  
886 liberdade); 3) aprovar modificação no texto da Política; e 4) pautar o debate da minuta de  
887 portaria que trata dos manicômios judiciários na próxima reunião da CISM, a ser  
888 convocada para o mês de novembro. Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a  
889 presença dos convidados e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os  
890 seguintes conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos  
891 Populares (CMP); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto**  
892 **Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cleoneide Paulo Oliveira**  
893 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis**  
894 **A. Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de**  
895 **Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi**

896 **Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci**  
897 **M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de  
898 Odontologia – CFO; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
899 Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil  
900 (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde  
901 Indígena; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;  
902 **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais em  
903 Pesquisa Clínica (SBPPC); **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Ministério da Saúde; **Márcia**  
904 **Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria do Espírito**  
905 **Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos  
906 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
907 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais  
908 (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da**  
909 **Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação  
910 Nacional da Indústria (CNI); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos  
911 Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação  
912 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal  
913 de Psicologia – CFP; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO);  
914 **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da**  
915 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de  
916 Síndrome de Down. **Suplentes** – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de  
917 Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de  
918 Serviço Social- CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio  
919 de Bens, Serviços e Turismo; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de  
920 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **André Luiz de Oliveira**,  
921 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Bartíria Perpétua da Costa**,  
922 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Edi Sinedino de Oliveira**  
923 **Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia – ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**,  
924 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino  
925 Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde –  
926 MOPS; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais –  
927 ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;  
928 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Fátima Aparecida Rampin**,  
929 Ministério da Previdência Social; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de  
930 Enfermagem (ABEn); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores  
931 Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge**  
932 **de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti**  
933 **Scaboli**, Força Sindical; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais  
934 de Saúde – CONASEMS; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos  
935 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde;  
936 **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**,  
937 Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central  
938 Sindical de Trabalhadores - NCST; **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede Unida;  
939 **Jouhanna Menegaz**, Associação Brasileira Rede Unida Associação Nacional de Pós-  
940 Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do  
941 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento  
942 Nacional da População de Rua – MNPR; **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento  
943 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho  
944 Federal de Biologia – CFBio; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária  
945 – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Rodrigo**  
946 **de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho  
947 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). O segundo dia de reunião iniciou-se  
948 com o item dos informes e indicações. **ITEM 5 – INFORMES E INDICAÇÕES - Saúde**  
949 **Indígena – Informe** – *Composição da mesa:* conselheiro **Clóvis Boufleur**, secretário geral da  
950 4<sup>a</sup> CNSI; conselheiro **Edmundo Omore**; conselheiro **Jorge Oliveira Duarte**; e **Bianca Moura**  
951 **Bianca**, assessora para o Controle Social da Secretaria Especial de Saúde Indígena-  
952 SESAI/MS. Inicialmente, conselheiro **Clóvis Boufleur**, secretário geral da 4<sup>a</sup> CNSI, informou  
953 que já haviam sido realizadas 29 das 34 conferências distritais previstas. Explicou que, apesar  
954 da convocação da 4<sup>a</sup> CNSI há um ano, houve problemas de logística e infraestrutura para  
955 realização das etapas distritais. Além disso, até aquele momento não havia definição sobre o

local da etapa nacional. Em que pese essas dificuldades, destacou que as conferências locais e distritais tem resultados positivos. Também salientou que a Conferência trazia, entre as inovações, o Regulamento e a elaboração de uma Carta da Conferência durante a realização (Conferência não terminaria naquele espaço). Conselheiro **Edmundo Omore** fez uma fala sintetizando os problemas enfrentados pelos povos indígenas que deveriam ser debatidos na Conferência: segurança alimentar; saneamento; desnutrição; demarcação de terras. Frisou que a situação dos povos indígenas era complexa e dramática e carecia de uma resposta eficaz com a máxima urgência. Conselheiro **Jorge Marubo** salientou a necessidade de uma reunião ampliada para fazer um balanço sobre a saúde indígena, apontando os principais problemas a serem debatidos na Conferência com vistas a definir soluções. Entre as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas, fez um destaque à falta de água potável para consumo, número elevado de casos de hepatites, falta de demarcação de terras. Também propôs a elaboração de um documento do CNS dirigido à Presidente da República e ao Ministro da Saúde solicitando que a nomeação dos coordenadores dos Distritos não ocorra por critérios políticos. A assessora da SESAI/MS, **Bianca Moura Bianca**, iniciou recuperando que a Conferência ocorre em três etapas e apontou como avanço a realização de 309 conferências locais e 34 conferências distritais (até o fim de semana todas as conferências seriam concluídas). Chamou a atenção para a complexidade da saúde indígena – 305 povos que falam 274 línguas, distribuídos nos 26 Estados da Federação e os Distritos Sanitários não correspondem à unidade do Estado da Federação. Relatou que, tão logo foi aprovada a realização da Conferência, a SESAI encaminhou planejamento acerca do orçamento, mas o atraso na aprovação do orçamento e o contingenciamento de recursos trouxeram dificuldades para a realização das etapas locais e distritais. Apesar das dificuldades, as conferências foram realizadas e com resultado positivo. Sobre a etapa nacional, explicou que houve dificuldades na definição do local, mas a licitação já havia sido feita e o local estava em análise. Por fim, agradeceu a participação dos conselheiros no processo preparatório da Conferência e nas conferências locais e distritais. **Manifestações**. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** concordou que a situação dos povos indígenas é complexa e concordou que é preciso realizar um balanço apontando uma forma de dialogar sobre questões mais expressivas como as apontadas pelos representantes indígenas. Disse que participou da conferência no Ceará e salientou que é preciso trabalhar para fortalecer a articulação do SUS com o subsistema e dos controles sociais. Por fim, disse que é preciso organizar os pontos centrais das conferências distritais para avaliá-los, em profundidade, no Plenário e como atuar politicamente a respeito. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva** destacou, inicialmente, que a burocracia traz grandes dificuldades para a vida dos humanos e, nesse sentido, salientou que a Conferência deve voltar-se para necessária denúncia da violência produzida em relação aos povos indígenas, inclusive com o aval do Estado Brasileiro. Sobre a saúde, disse que o CPF apresentou contribuição para debate sobre adoecimento mental dos povos indígenas brasileiros e a Conferência deve tratar das questões relativas à saúde mental – alto índice de suicídio, alta prevalência do alcoolismo. Conselheiro **Ubiraci Matildes** disse que compreendia as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas uma vez que eram semelhantes aos enfrentados pelos quilombolas. Destacou que a saúde indígena traz questões sérias e complexas e é preciso colocar a crítica no lugar correto para enfrentar os problemas. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** falou da sua participação na Conferência realizada em Boa Vista (nação yanomani) e registrou como vitória a inclusão de nove mulheres na delegação desses povos. Também fez a leitura de carta de uma enfermeira de área indígena relatando os desafios e os ganhos de trabalhar com saúde indígena. No documento, a profissional afirma, entre outras questões, que, apesar das dificuldades, trabalhar com a saúde indígena é um privilégio. Conselheiro **Richarlls Martins** relatou a sua experiência em acompanhar duas conferências distritais – Xingu/Mato Grosso e Pernambuco - e fez destaque que mereceriam encaminhamentos: na etapa nacional, serão apresentadas questões além da saúde, como a demarcação de terra; dificuldade dos povos indígenas de apropriação do SUS e recusa em se reconhecer como parte do Sistema; e dificuldade de tratamento das questões de gênero. Por fim, salientou a importância de disponibilizar relatório sobre a participação nas conferências indígenas, inclusive para servir de subsídios de debate na etapa nacional. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** fez alusão ao dia mundial da saúde mental (10 de outubro) e salientou que é preciso abordar essa questão na Conferência de Saúde Indígena. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apresentou uma demanda do Distrito de Tefé dirigida ao CNS: atenção para região de Eirunepé/AM por conta da violência física contra mulheres e assassinato de criança em função do alcoolismo. Disse que encaminharia o

1016 relatório sobre a participação na conferência e a moção oriunda da conferência para ser  
1017 encaminhada antes da etapa nacional. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**  
1018 perguntou qual era a dinâmica da participação dos conselheiros nas etapas distritais, uma vez  
1019 que tentou participar desses momentos, mas não conseguiu. Conselheiro **Luís Eugênio**  
1020 **Fernandes de Souza** salientou que a garantia do direito à saúde para a população indígena é  
1021 parte estratégica na consolidação do sistema universal de saúde e, nessa linha, frisou que a  
1022 presença da delegação indígena no ato em defesa de mais recursos para a saúde, no dia 30  
1023 de outubro, era fundamental. Também avaliou que o MS deve realizar campanha de mídia,  
1024 utilizando rádio e televisão, para divulgar a realização da Conferência. Por fim, disse que a  
1025 ABRASCO elaborou documento para servir de subsídio de debate na Conferência. Conselheiro  
1026 **Clóvis Boufleur** lembrou que o CNS já havia aprovado recomendação repudiando a  
1027 nomeação dos coordenadores dos Distritos por critérios políticos, portanto, sugeriu que o CNS  
1028 reiterasse esse documento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
1029 acrescentou às questões colocadas pelo Plenário que mereceriam debate - Insegurança  
1030 alimentar e nutricional, infanticídio, relação dos CMS e CONDISI – os grandes  
1031 empreendimentos/projetos e prejuízos. Sintetizou os encaminhamentos oriundos das falas e  
1032 acrescentou outros: realizar reunião ampliada da CISI, no dia 28 de outubro, inclusive com a  
1033 participação das organizações indígenas, para fazer um balanço sobre a saúde indígena;  
1034 recomendar à Presidência da República e MS que proíbam indicações políticas para a  
1035 coordenação dos DSEI; no dia 28, além do balanço, solicitar audiência com o Ministro da  
1036 Saúde e o Secretário da SESAI; no dia 30 de outubro, além da temática do financiamento,  
1037 destacar as questões indígenas; e fazer mobilização para assegurar a participação da  
1038 Presidente da República na Conferência ou para que receba delegação indígena. Por fim,  
1039 salientou que é preciso ter habilidade para tratar de questões delicadas e salientou que as  
1040 mudanças dependem de processo político pedagógico. A assessora da SESAI/MS, **Bianca**  
1041 **Moura Bianca**, explicou que a Comissão de Comunicação da Conferência definiu plano de  
1042 ação, inclusive com previsão de cobertura pela mídia. Explicou que houve algumas  
1043 intercorrências no processo preparatório, mas estavam sendo resolvidas. **Deliberação: neste**  
1044 **ponto, o Plenário definiu: 1) na próxima reunião da CISI/CNS, que ocorrerá nos dias 28 e**  
1045 **29 de outubro, reservar o segundo dia para um balanço sobre a saúde indígena; 2) solicitar**  
1046 **audiência com o Ministro da Saúde e o Secretário da SESAI para tratar da**  
1047 **situação da saúde indígena no país; 3) reiterar a recomendação do CNS à Presidência da**  
1048 **República e ao Ministério da Saúde MS que proíbam indicações políticas para a**  
1049 **coordenação dos DSEI (dar publicidade e encaminhar ao Gabinete do Ministro da**  
1050 **Saúde); 4) realizar mobilização para garantir a participação da Presidente da República**  
1051 **na 5ª CNSI ou para que receba delegação indígena.** Na sequência, conselheiro **Clóvis**  
1052 **Boufleur** falou sobre as vagas para a etapa nacional. Explicou que são destinadas 48 vagas  
1053 para os conselheiros titulares do CNS e, na impossibilidade desses, conselheiros suplentes.  
1054 Além disso, explicou que o CNS deveria eleger 136 delegados – 68 vagas para usuários, 34  
1055 vagas para trabalhadores da saúde e 34 para gestores/prestadores. Tendo em vista o prazo  
1056 exíguo para a indicação de nomes, apresentou a seguinte proposta de divisão de vagas: das  
1057 68 vagas de usuários: a) cada entidade representante de usuários indicaria dois nomes (das  
1058 organizações que compõem o CNS ou outras entidades); e b) 20 vagas para organizações  
1059 indígenas – 4 representações por Região. Das 34 vagas para trabalhadores da saúde, as  
1060 entidades representantes do segmento indicariam os nomes. Das 34 para  
1061 gestores/prestadores, a representação dos gestores/prestadores de serviços indicariam os  
1062 nomes. Explicou que o prazo máximo para indicação dos nomes era quinze dias. Não houve  
1063 consenso sobre a proposta e o Plenário decidiu constituir um GT para apresentar uma proposta  
1064 de critérios para definição dos delegados a serem indicados pelo CNS. Antes de encerrar esse  
1065 item, conselheiro **Edmundo Omore** fez uma fala emocionada sobre a causa dos povos  
1066 indígenas, lembrando que a ideologia desses povos é diferente e específica. Também  
1067 ressaltou a importância da demarcação de terras para os povos indígenas, inclusive para  
1068 garantir a sobrevivência dessa população. **ITEM 7 – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**  
1069 **SAÚDE DO TRABALHADOR - composição da comissão organizadora e cronograma de**  
1070 **atividades - Composição da mesa: conselheiro Geordeci Menezes**, coordenador da Comissão  
1071 Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST/CNS; conselheiro **João Rodrigues Filho**,  
1072 coordenador adjunto da CIST/CNS. **Coordenação: conselheira Maria do Socorro de Souza**,  
1073 Presidente do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes**, coordenador da CIST/CNS, fez uma  
1074 explanação sobre o processo preparatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do  
1075 Trabalhador. Iniciou recordando o mote da Conferência, definido na última reunião do CNS

1076 “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do Estado”. No que  
1077 se refere à metodologia, explicou que serão realizados seminários preparatórios/mobilizadores  
1078 com os setores produtivos: indústria, comércio e serviços, agricultura e pecuária, transportes,  
1079 construção civil e serviços públicos. A proposta é que os seis seminários sejam realizados no  
1080 mesmo dia e local, com 50 participantes cada (4 e 5 de fevereiro/2014). Também apresentou o  
1081 cronograma de atividades para os próximos meses: 4 e 5 de novembro de 2013 - 89ª Reunião  
1082 Ordinária da CIST; 5 de novembro de 2013 – 1ª reunião da comissão organizadora da 4ª  
1083 CNST; 26 e 27 de novembro de 2013 – 6º encontro nacional das CIST; 13 e 14 de dezembro  
1084 de 2013 – reunião preparatória com as centrais sindicais; e 4 e 5 de fevereiro de 2014 –  
1085 seminário preparatório da 4ª CNST - setores produtivos. No que se refere às etapas das  
1086 conferências, apresentou a seguinte proposta: até 31 de maio de 2014 - etapas locais; até 30  
1087 de junho de 2014 - etapa estadual; e 10 a 14 de novembro de 2014 - etapa nacional. No que se  
1088 refere à etapa local, explicou que havia duas propostas: macrorregional – 96 (essa é a  
1089 proposta da Comissão Organizadora – com base na organização dos CEREST); ou regionais  
1090 de saúde – 465. Sobre a composição da Comissão organizadora, explicou que, atendendo à  
1091 deliberação do Plenário do CNS, na 249ª RO, a Mesa Diretora do CNS elaborou a seguinte  
1092 proposta de composição da comissão organizadora da Conferência: 24 integrantes, sendo: 12  
1093 usuários - 5 das centrais, CONTAG, movimento mulher, movimento negro, movimento popular,  
1094 pessoas com deficiência, indígena, LGBT; *Trabalhadores da saúde* - 5 do FENTAS e 1 da  
1095 ABRASCO; *Gestores/prestadores de serviço* – CONASS, CONASEMS, MS-SVS, MS-  
1096 FIOCRUZ, CNI e Ministério da Previdência (o comitê executivo será composto por CNS e  
1097 SVS). Além disso, foi sugerida a formação de duas comissões de apoio – a) Comissão de  
1098 comunicação e mobilização – proposta: Coordenação de Plenária, CIST, RENAST, regiões de  
1099 saúde; e b) comissão de formulação e relatoria – proposta: Fiocruz, DIEESE, FUNDACENTRO,  
1100 DIESAT, ABRASCO. Por fim, disse que no dia 27 de setembro foi realizada reunião com as  
1101 centrais para envolvê-las no processo preparatório da Conferência e, na oportunidade, surgiu a  
1102 proposta de realizar seminários temáticos com os setores produtivos. Conselheiro **Olympio**  
1103 **Távora Corrêa** sentiu falta da Confederação Nacional da Saúde no processo preparatório da  
1104 Conferência. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que a  
1105 intenção é debater a saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública e do privado e o desafio  
1106 é dialogar com as questões trazidas pelas entidades sindicais de trabalhadores. Nesse sentido,  
1107 explicou que será realizada oficina para trabalhar concepção em saúde do trabalhador e a  
1108 inserção na Política de Saúde do Trabalhador e Política Nacional de Segurança e Saúde.  
1109 Também disse que a estratégia da conferência é diferenciada e a proposta é considerar as  
1110 macrorregiões com base na organização dos CEREST. Salientou ainda que a intenção é  
1111 construir a conferência considerando os trabalhadores em condição de informalidade, as  
1112 mulheres e o recorte racial. Disse que foi apresentada composição da comissão organizada,  
1113 considerando o limite de 24 membros, conforme orientação do CNS, todavia, esse debate  
1114 poderia ser reaberto. Por fim, salientou que as oficinas visavam realizar um diagnóstico da  
1115 saúde do trabalho, considerando setores produtivos e ramos de atividades. Conselheiro **João**  
1116 **Donizetti Scabolli** manifestou preocupação com a ausência da bancada empresarial no  
1117 processo preparatório da Conferência, inclusive para resolver os conflitos que ocorrem com os  
1118 trabalhadores diante dos acidentes do trabalho, das doenças profissionais e decorrentes.  
1119 Salientou que um dos grandes avanços da 3ª CNST foi a formação, de forma tripartite, da  
1120 comissão interministerial de saúde do trabalhador, com a participação do setor empresarial,  
1121 que resultou na Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho e na publicação da Lei  
1122 nº. 12.645/2012, que institui dia dedicado à segurança e à saúde nas escolas do Brasil.  
1123 Ressaltou que a preparação da 4ª Conferência deve ser tripartite - – trabalhadores,  
1124 empregadores e governo visando as futuras gerações e os avanços tecnológicos que chegam  
1125 no país. A representante da coordenação geral de saúde do trabalhador/SVS, **Olga**,  
1126 compartilhou a preocupação dos Estados com a falta de direcionamento do CNS acerca da  
1127 realização da conferência, haja vista a necessidade de preparação e de assegurar orçamento  
1128 para realização da Conferência. Também explicou que a SVS participará do comitê executivo e  
1129 sentiu falta do DAGEP/SGEP/MS nesse comitê. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** sugeriu  
1130 ampliar a comissão organizadora, para garantir a participação de representações que não  
1131 foram contempladas como empregador, MDE. Também se colocou à disposição para contribuir  
1132 no processo de preparação da Conferência e salientou que é fundamental pautar debate sobre  
1133 a empregabilidade da pessoa com deficiência. Conselheira **Júlia Maria Roland** disse que seria  
1134 importante realizar as etapas locais por regiões de saúde, de modo a garantir articulações  
1135 regionais, considerando o processo de organização do SUS. Todavia, diante do prazo exíguo

para prepará-la, concordou com a proposta de realizar por macrorregiões. Salientou que os Conselhos Estaduais devem engajar-se no processo e mobilizar o conjunto dos trabalhadores para participar da Conferência. Também defendeu a inclusão de representante dos prestadores do serviço na comissão organizadora da Conferência e no processo preparatório e a participação da SGEP no comitê executivo para apoiar o processo. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** manifestou preocupação com a proposta de calendário das etapas da conferência por conta do ano eleitoral (2014) e, por essa razão, defendeu a realização de todas as etapas no primeiro semestre de 2014. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** sugeriu que o CNS convocasse reunião com os conselhos estaduais para discutir a viabilidade da Conferência, a fim de evitar prejuízos para as regiões. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** defendeu a inclusão de representantes das pessoas com patologias na comissão organizadora, considerando, inclusive, a necessidade de ampliar a discussão para além das doenças oriundas do trabalho. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** avaliou que, diante do cenário, a proposta de realizar as etapas locais por macrorregiões era a mais viável. Também propôs a ampliação da comissão organizadora para contemplar mais trabalhadores. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** defendeu a inclusão de representante das pessoas com patologias na comissão organizadora, lembrando, inclusive, o alto índice de trabalhadores atingidos por doenças funcionais como a LER. Lembrou que uma patologia pode levar à deficiência por falta de prevenção e promoção da saúde. Conselheiro **Elias José da Silva** salientou a importância de garantir a participação do MOPS e do movimento de população de rua no processo preparatório da Conferência. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo** reiterou a necessidade de ampliar as vagas para os trabalhadores na comissão organizadora da Conferência, ressaltando a necessidade de tratar também da saúde dos trabalhadores da saúde. Ratificou a preocupação com o calendário proposto tendo em vista que, em 2014, o país sediará a copa do mundo e realizará eleições. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** disse que é preciso discutir melhor o calendário da Conferência, lembrando, inclusive, que abril de 2014 era o prazo para gestores e dirigentes candidatos se descompatibilizarem dos cargos. Também manifestou preocupação com a etapa nacional porque ocorreria após a eleição para presidente e governadores, um período de alta transição. Salientou que, primeiro, é preciso definir o objetivo da Conferência e o público a ser atingido ao tratar de saúde do trabalhador. Também sugeriu diminuir o número de integrantes da comissão organizadora a fim de torná-la mais operacional e criar um comitê executivo. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)** explicou que a comissão organizadora tem o papel de preparar a Conferência, portanto, discordou da ampliação do número de integrantes. Conselheira **Marisa Furia Silva** disse que é fundamental incluir um representante das pessoas com patologias na comissão organizadora. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** também manifestou preocupação com calendário proposto, por conta da copa do mundo e das eleições no país. Esclareceu que o papel da comissão é organizar a Conferência e não discutir mérito, assim, defendeu que fosse menor o número de integrantes a fim de otimizar os trabalhos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** também defendeu que a comissão organizadora seja o mais enxuta possível e operacional. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** propôs que a composição da comissão organizadora fosse definida segundo o critério da equidade, sem aumentar o número de integrantes. Todavia, propôs que gestores/prestadores de servidores não fossem computados entre os 24 integrantes, uma vez que já se encontravam em Brasília e poderiam participar da Comissão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que a intenção do CNS, ao realizar a Conferência, é reafirmar o processo de fortalecimento do SUS e acumular debate para a 15ª CNS. Também defendeu que a comissão organizadora seja composta por 24 integrantes, considerando a paridade do CNS. Conselheiro **Olympio Távora Derze Correa** explicou que a sua insatisfação devia-se a não inclusão do setor das entidades patronais da saúde e com o fato de a saúde privada não ter sido considerada como um setor produtivo do país, não sendo previsto seminário preparatório com o setor. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sintetizou os encaminhamentos oriundos das falas para manifestação do Plenário. A representante da SVS, Olga, salientou a importância de enviar documento aos conselhos de saúde com instruções sobre a realização da Conferência. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que a SVS/MS comprometeu-se com a realização da Conferência e sugeriu pautar o tema na próxima reunião da CIT para comprometer também os gestores estaduais e municipais com a realização. Salientou que a tarefa maior não é discutir mérito, mas sim mobilizar os trabalhadores para construir a conferência e comprometer os Estados com a realização da conferência. Assim, sugeriu encaminhar, no dia 14 de outubro de 2013, orientação aos Estados para realização da Conferência. Conselheira **Eurídice Ferreira**

1196 de **Almeida** lembrou que eram os trabalhadores que mobilizam e colocam gente na rua.  
1197 Encaminhando, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou primeiro para apreciação as  
1198 duas propostas de calendário apresentadas: 1) Original – Etapa local: até 31 de maio; Etapa  
1199 estadual – até 30 de junho; e Etapa nacional – novembro. 2) Alternativa - Etapa local: – até  
1200 março; Etapa estadual - até maio; e Etapa nacional: junho. Conselheira **Eliane Aparecida da**  
1201 **Cruz** disse que não se sentia à vontade para votar as propostas e sugeriu a formação de um  
1202 GT para aprofundar o debate e levantar subsídios para definição do Plenário. Também  
1203 manifestou preocupação sobre quem custearia as etapas locais. A representante da SVS,  
1204 Olga, sugeriu enviar orientação aos CEREST para que garantam recurso no orçamento para a  
1205 realização da conferência. **O Plenário decidiu constituir um grupo para pensar o**  
1206 **calendário, avaliando os pós e contras das duas sugestões e apresentar uma proposta**  
1207 **no período da tarde. Indicados: Eliane Aparecida da Cruz, Ronald Ferreira dos Santos,**  
1208 **Renato Almeida de Barros, Carlos Alberto Duarte, Geordeci Menezes de Souza e Olga.**  
1209 Sobre a composição da comissão organizadora, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**  
1210 colocou em apreciação as propostas apresentadas de critério para compor a Comissão: aplicar  
1211 o critério da paridade (proposta da Mesa Diretora do CNS); e aplicar o critério da equidade  
1212 (proposta do FENTAS). Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** retirou a proposta do  
1213 FENTAS. **Aprovada, por consenso, a proposta de aplicar o critério da paridade na**  
1214 **composição da Comissão.** Segundo, a mesa colocou em debate as representações para  
1215 compor a Comissão. No debate, retirou-se o pleito dos prestadores de serviço para compor a  
1216 Comissão Organizadora, mas foi sugerida a inclusão de representante das pessoas com  
1217 patologias no lugar da representação dos indígenas. Contudo, na votação, foi mantida a  
1218 representação indígena. **Como deliberação final, a Comissão foi aprovada com a seguinte**  
1219 **composição: 12 usuários** – cinco das centrais, um da CONTAG, um do movimento de  
1220 mulheres, um do movimento negro, um do movimento popular, um dos povos indígenas,  
1221 um da população LGBT; um das pessoas com deficiência; **Trabalhadores da saúde** - 6 do  
1222 FENTAS, sendo 1 da ABRASCO; **Gestores/prestadores de serviço** – CONASS,  
1223 CONASEMS, MS-SVS, MS-FIOCRUZ, CNI e Ministério da Previdência. Os segmentos de  
1224 usuários, trabalhadores da saúde e gestores/prestadores deverão indicar os nome para  
1225 compor a comissão organizadora da 5<sup>a</sup> CNST até o dia 17 de outubro. A comissão  
1226 organizadora se reunirá nos dias 4 e 5 de novembro. Além disso, o Plenário aprovou: a  
1227 formação de duas comissões de apoio – a) Comissão de comunicação e mobilização –  
1228 proposta: Coordenação de Plenária, CIST, RENAST, regiões de saúde, MTE; e b) comissão de formulação e relatoria – proposta: MS-Fiocruz, DIEESE, FUNDACENTRO,  
1229 DIESAT, ABRASCO; e a composição de Comitê Executivo com as seguintes indicações:  
1230 CNS, DAGEP e SVS; formato das conferências locais – aprovada a realização dessas  
1231 conferências na forma de macrorregionais. Além disso, o Plenário orientou os  
1232 conselheiros nacionais a dialogar com os conselhos estaduais sobre a importância de  
1233 realizar as conferências estaduais. Por fim, o Plenário aprovou, com uma abstenção, a  
1234 realização de mais um seminário temático (sete, no total), para atender o setor privado  
1235 de serviços de saúde. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de  
1236 reunião. Retomando, a mesa foi recomposta para apresentação da proposta de calendário para  
1237 realização da 4<sup>a</sup> CNST. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a proposta do  
1238 GT era a seguinte: 2<sup>a</sup> quinzena de dezembro de 2013 – abertura via web – teleconferência e  
1239 seminário preparatório com setores produtivos; etapa local (96 por macrorregiões): fevereiro e  
1240 março de 2014; etapa estadual: abril de 2014; e nacional – 2<sup>a</sup> quinzena de maio de 2014. Após  
1241 a apresentação, houve algumas manifestações, na maioria, contrárias à proposta de  
1242 calendário, por considerá-la inviável. Não havendo consenso, conselheiro **Geordeci Menezes**  
1243 **de Souza** colocou em apreciação as duas propostas de calendário: 1) Original: 13 e 14 de  
1244 dezembro de 2013 – reunião preparatória com as centrais sindicais; 4 e 5 de fevereiro de 2014  
1245 – seminário preparatório da 4<sup>a</sup> CNST - setores produtivos; etapa local – até 31 de maio; etapa  
1246 estadual - até 30 de junho; etapa nacional – novembro. 2) elaborada pelo GT: 2<sup>a</sup> quinzena de  
1247 dezembro de 2013 – abertura via web – teleconferência e seminário preparatório com setores  
1248 produtivos; etapa local (96 por macrorregiões): fevereiro e março de 2014; etapa estadual: abril  
1249 de 2014; e nacional – 2<sup>a</sup> quinzena de maio de 2014. **Aprovada, por maioria, a proposta**  
1250 **original: 13 e 14 de dezembro de 2013 – reunião preparatória com as centrais sindicais;**  
1251 **Local – até 31 de maio de 2014; Estadual – até 30 de junho de 2014; Nacional – novembro**  
1252 **de 2014. Acordou-se ainda que no dia 14 de outubro de 2013 seria encaminhada**  
1253 **orientação aos Estados para realização da Conferência conforme o calendário aprovado.**  
1254 **Com essa definição, a mesa encerrou esse ponto.** Na sequência, conselheiro **Luís Eugenio**

1256 **Portela Fernandes de Souza** interveio para propor a aprovação de moção de repúdio à  
1257 Medida Provisória, de 1º de outubro de 2013, que amplia subsídios para operadoras de planos  
1258 privados de saúde. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu a  
1259 aprovação de moção de repúdio do CNS ao cerceamento da participação no Congresso  
1260 Nacional, dirigida à presidência da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Acordou-se  
1261 que os textos das propostas seriam apresentados posteriormente para apreciação. Inversão de  
1262 pauta. **ITEM 9 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - CIRH** -  
1263 *Apresentação:* conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, coordenadora da CIRH/CNS.  
1264 *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS.  
1265 Inicialmente, a coordenadora da CIRH apresentou o plano de trabalho da CIRH 2013-2015,  
1266 versão discutida na 136ª Reunião Ordinária da Comissão, realizada nos dias 26 e 27 de  
1267 setembro de 2013. Explicou que o plano tem como eixo "Década da Gestão do Trabalho e  
1268 Educação na Saúde e Art. 200, inciso III, CF/88 – ordenamento e formação de recursos  
1269 humanos" e divide-se em seis blocos. O Bloco 1 trata da estrutura e funcionamento e  
1270 contempla as seguintes ações: 1) Valorização do papel político de ordenamento da formação  
1271 de recursos humanos para o SUS mediante a CIRH; 2) Constituir ações organizadas junto ao  
1272 Ministério da Educação – MEC, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, Ministério da  
1273 Previdência e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, no que tange a  
1274 consolidação da gestão do trabalho e educação em saúde; 3) Impulsionar a criação de CIRH  
1275 nos conselhos estaduais e municipais por meio do diálogo do CNS com CES, CMS e numa  
1276 parceria a ser definida com CONASS e CONASEMS para esse fim; 4) Reforçar a interlocução  
1277 com as comissões do CNS, em especial com a Comissão Intersetorial de Saúde do  
1278 Trabalhador e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do CNS, no marco das  
1279 Conferências que ocorrerão nos próximos 2 anos; 5) Garantir a participação permanente da  
1280 SGTES e do MEC nas reuniões da CIRH incluindo esses atores nas pautas da comissão; 6)  
1281 Estabelecer o diálogo da CIRH com o CNS compreendendo o papel político e normativo da  
1282 CIRH (estrutura, diálogo político...); e 7) Debater no CNS o papel que o Ministério da Saúde  
1283 desenvolverá no apoio ao processo de abertura de cursos, avaliação *in loco* e monitoramento.  
1284 O Bloco 2 trata da educação e formação, contemplando as seguintes ações: 1) Profissões de  
1285 saúde: debater a formação em nível básico, nível médio, técnico e superior; 2) Incluir na  
1286 formação dos trabalhadores a diversidade cultural e étnico-racial de populações em situação  
1287 de vulnerabilidade e de populações específicas para a atenção em saúde; 3) Articular a  
1288 participação social nos processos de revisão de diretrizes curriculares para a formação em  
1289 saúde em curso; 4) Atualizar as informações sobre os programas de educação do Governo  
1290 Federal (PET, PRONATEC, Programa VERSUS); 5) Discutir a formação de pessoas com  
1291 deficiência para atuarem como profissionais de saúde; 6) Aprofundar o processo de Educação  
1292 permanente e educação popular no cotidiano da formação, do trabalho e da participação  
1293 popular na saúde; 7) Contar com associações de ensino, pesquisa, fóruns estudantis, Fórum  
1294 dos Usuários, FENTAS e FENEPAS nos processos constituídos para contribuir com a  
1295 formulação de diretrizes de gestão do trabalho e educação em saúde; 8) Ampliação da  
1296 formação sobre saúde indígena em nível técnico e superior. É necessário resgatar a  
1297 valorização das práticas tradicionais indígenas no processo de formação; 9) Discutir as  
1298 residências profissionais e multiprofissionais – regulação, comissões. O Bloco 3 refere-se à  
1299 organização e gestão do trabalho, contemplando como ações: 1) Aprofundar a discussão e  
1300 promover acesso a informações sobre o estabelecimento de diretrizes sobre o provimento e  
1301 fixação de trabalhadores em locais de difícil acesso; 2) Debater sobre o trabalho de servidores  
1302 e outros funcionários com formação de 1º e 2º graus nos serviços de saúde; 3) Avaliar o  
1303 conjunto dos trabalhadores de nível básico e médio que atuam no setor de saúde promovendo  
1304 sua inserção na equipe de saúde, e estabelecendo a responsabilidade da gestão do trabalho e  
1305 de educação em saúde para com esses profissionais; 4) Promover a articulação permanente  
1306 entre CIRH e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNSUS); 5) Priorizar  
1307 ações com vistas à regulamentação da Convenção 151 da OIT; 6) Continuar o debate e  
1308 encaminhar propostas para aperfeiçoamento do Pacto - Mais Saúde, Mais Unidades, Mais  
1309 Médicos e Formação; 7) Discussão e formulação de propostas para instituição de carreira de  
1310 Estado para os trabalhadores da saúde, em conjunto com a MNNSUS; 8) Formular propostas  
1311 sobre Carreira de Estado; 9) Promover uma pesquisa de perfil do trabalhador da saúde  
1312 (contrato, vínculos, relação com o trabalho, saúde do trabalhador); 10) Debate sobre as novas  
1313 profissões: resolução nº 287, acompanhamento dos PL sobre criação de novas profissões  
1314 (cuidador, entre outros) e conhecer o catálogo brasileiro de ocupações e catálogo nacional de  
1315 cursos técnicos e tecnológicos e de nível superior; 11) Bloco específico: Acompanhar projetos

1316 de lei e ações parlamentares no Congresso Nacional sobre Recursos Humanos da Saúde; e  
1317 monitoramento permanente (assessoria técnica legislativa); 12) Discutir a inserção de outras  
1318 profissões no campo da saúde, e das profissões de saúde que atuam em outras áreas; 13) Aprofundar a discussão sobre empregabilidade; 14) Circulação de mão de obra no  
1319 MERCOSUL, e global (OPAS e OMS) (Acompanhar o trabalho do Fórum Permanente  
1320 MERCOSUL para trabalho na saúde e Câmara Técnica de Regulação) – priorizar – informes  
1321 SGETS sobre esse tema. O Bloco 4 trata de aprofundar o conhecimento das condições de  
1322 organização e funcionamento do SUS a partir do acesso aos dados produzidos pelo Ministério  
1323 da Saúde: 1) Mapa da Saúde (SGEP) e Secretaria Executiva - SAGE (Sala de Gestão). O  
1324 Bloco 5 trata da regulação, com as seguintes ações: 1) Propor ao MEC revisão do Decreto  
1325 5.773, arts. 27, 28 e 36: conquistar a competência de emissão de pareceres sobre outros  
1326 cursos na área de saúde; 2) Discutir e propor regulação: EAD e cursos técnicos e tecnológicos;  
1327 3) Solicitar aos Ministérios esclarecer os objetivos e atribuições dos novos departamentos de  
1328 regulação constituídos no MS e MEC; 4) Acompanhar projeto de lei sobre exercício da  
1329 medicina no Congresso Nacional. O Bloco 6 refere-se à emissão de pareceres: autorização –  
1330 reconhecimento e renovação de cursos na área de saúde, sendo: 1) Fazer a transição  
1331 adequada dos atuais pareceres de cursos de medicina para a nova modalidade de  
1332 chamamento público; 2) Qualificar o processo de registro, documentação e logística; 3)  
1333 Construir processo de monitoramento dos pareceres; 4) Desenhar fluxo para análise de visitas  
1334 in loco; 5) Qualificar o conjunto da CIRH para a atuação no processo de emissão de pareceres  
1335 de cursos na área de saúde (histórico e proposições em relação ao INEP, SERES, MS no que  
1336 tange à pesquisa relativa à Resolução 350/CNS); e 6) Debater no CNS o papel que Ministério  
1337 da Saúde desenvolverá no apoio ao processo de abertura de cursos, avaliação in loco e  
1338 monitoramento. Por fim, explicou que o MEC publicará edital de chamamento para abertura de  
1339 faculdades de medicinas – 12.477 novas vagas de graduação em escolas públicas e privadas –  
1340 e será necessário debater o papel do CNS e do MS nesse processo. Conselheiro **Luís  
1341 Eugenio Portela Fernandes de Souza** cumprimentou a coordenadora da CIRH pelo plano e  
1342 concordou que a questão de pessoal e formação para o SUS é uma dívida de 25 anos.  
1343 Também sugeriu que a Comissão debata a proposta de criar um fórum de entidades para  
1344 discutir o tema pessoal e formação, na forma de instância assessora do Conselho. No mais,  
1345 manifestou preocupação com o dispositivo da Medida Provisória do Programa mais Médicos  
1346 que estimula a ampliação de universidades privadas em medicina e defendeu a formação de  
1347 médicos nas universidades públicas estaduais e federais. Conselheira **Maria do Socorro de  
1348 Souza**, Presidente do CNS, salientou que seria necessário repautar o debate sobre o  
1349 Programa mais Médicos para aprofundar a discussão de pontos polêmicos. Conselheira  
1350 **Marisa Furia Silva** sugeriu incluir no bloco da educação e formação uma ação de intervenção  
1351 no MEC para incluir na formação acadêmica das 14 áreas da saúde um currículo mais  
1352 abrangente de modo a assegurar aos profissionais condições para diagnóstico e intervenção  
1353 precoce, garantindo também a inclusão das crianças com deficiência. Conselheira **Jouhanna  
1354 Menegaz** apresentou-se ao Plenário explicando que representaria a UNPG no lugar do  
1355 conselheiro Marcos Vinicius Pedrosa. Saudou a CIRH pela excelência do plano de trabalho,  
1356 contudo, salientou a necessidade de contemplar outras duas modalidades da pós-graduação –  
1357 lato senso em geral e formação stricto senso – na linha de assegurar o comprometimento dos  
1358 formadores com o SUS. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** pontuou três questões que  
1359 também deveriam ser trabalhadas pela CIRH: formação à distância dos trabalhadores da  
1360 saúde; Programa mais Médicos; e rotatividade em relação à mão de obra terceirizada. **Retorno  
1361 da mesa**. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a CIRH não trabalhou com o  
1362 Programa mais Médicos, mas sim, com a perspectiva da equipe multiprofissional. Também  
1363 destacou que uma das ações da Comissão é promover uma pesquisa de perfil do trabalhador  
1364 da saúde (contrato, vínculos, relação com o trabalho, saúde do trabalhador). Sobre o fórum,  
1365 disse que a intenção é constitui-lo no âmbito da Comissão para abordar os temas a que se  
1366 destinava a debater. Sobre o edital, disse que foi feita uma apresentação inicial e nova  
1367 explanação do MEC ocorreria na próxima reunião da CIRH. Também disse que, por solicitação  
1368 da CIRH, estavam em elaboração documentos sobre parecer, avaliação *in loco*, monitoramento  
1369 e cotas e bolsas para subsidiar a manifestação da CIRH e do CNS. Após a reapresentação do  
1370 edital, sugeriu que fosse reservado espaço no CNS aprofundar o debate sobre parecer,  
1371 avaliação *in loco*, monitoramento. No mais, disse que a Comissão formulará diretrizes para  
1372 capacitação e aprofundará o debate sobre a pós-graduação. Por fim, informou que o III Fórum  
1373 Global sobre Recursos Humanos em saúde será realizado em Recife, de 10 a 13 de novembro  
1374 de 2013. **Deliberação: aprovado o plano de trabalho da CIRH/CNS. Na próxima reunião do  
1375**

1376 **CNS, retomar o plano para debate de questões específicas – Programa mais Médicos e**  
1377 **carreiras.** Na sequência, submeteu à apreciação do Plenário os pareceres elaborados pela  
1378 CIRH: 1) Referência: Processo nº 201206290. Interessado: Faculdade de Pará de Minas.  
1379 Curso: Autorização de curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 2) Referência: Processo nº  
1380 201111465. Interessado: Faculdade Pan-americana de Ji-Paraná. Curso: Autorização do curso  
1381 de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 3) Referência: Processo nº 201105345. Interessado:  
1382 Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer:  
1383 insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 201110846. Interessado: Universidade do Vale do Rio  
1384 dos Sinos/RS. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5)  
1385 Referência: Processo nº 201010221. Interessado: Universidade Paranaense. Curso:  
1386 Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº  
1387 201206779. Interessado: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Curso:  
1388 Autorização do curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 7) Referência: Processo nº  
1389 201208956. Interessado: Centro Universitário FACVEST. Curso: Autorização do curso de  
1390 Odontologia. Parecer: insatisfatório. 8) Referência: Processo nº 201209628. Interessado:  
1391 Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Curso: Autorização do curso de Psicologia.  
1392 Parecer: insatisfatório. No caso dos cursos de psicologia, explicou que os pareceres foram  
1393 insatisfatórios porque, em geral, solicitam muitas vagas em regiões onde há um grande número  
1394 de faculdades de psicologia. O resultado seria um número grande de psicólogos para o  
1395 mercado e para a população. Em relação à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e  
1396 Mucuri, disse que o parecer foi satisfatório à autorização do curso de Medicina que prevê 60  
1397 vagas, por conta da necessidade social da região. Por fim, informou que a conselheira Ivone  
1398 Evangelista Cabral e o conselheiro José Eri de Medeiros visitariam o Vale do Araguaia para  
1399 avaliação de duas instituições de ensino (abertura de cursos de psicologia e odontologia).  
1400 Conselheiro **Edmundo Omore** dispôs-se a acompanhar a visita na condição de usuário.  
1401 Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** sugeriu que a CIRH aprofunde o debate  
1402 sobre a possibilidade de incluir também como critério de análise de processos a relação  
1403 número de profissionais, necessidade, municípios. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**  
1404 perguntou se as instituições sempre apresentam documento comprovando a participação dos  
1405 gestores na construção do projeto. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** disse que a relação  
1406 da universidade com o gestor público municipal e estadual não é o centro da pesquisa do  
1407 INEP, tratando-se de uma necessidade de avaliação do CNS. Também disse que a  
1408 empregabilidade é um dos pontos do bloco de gestão do trabalho para aprofundar o debate.  
1409 **Deliberação: aprovados os oito pareceres elaborados pela CIRH.** **ITEM 8 - COMISSÃO**  
1410 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - INFORME** - Apresentação: conselheiro  
1411 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS. Coordenação: conselheira  
1412 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O coordenador da CONEP fez um breve  
1413 informe sobre o processo eleitoral que ocorrerá no mês de novembro. Explicou que foi feita  
1414 comunicação aos CEP e a Comissão recebeu 210 candidaturas de Comitês para participar do  
1415 processo eleitoral (de 157 CEP distintos). Para análise dos currículos dos candidatos, disse  
1416 que foi constituída comissão formada por representantes da CONEP e do DECIT e elaborada  
1417 nota técnica disponibilizada aos conselheiros, com cópia da documentação dos Comitês.  
1418 Acrescentou que o Grupo debateu a importância da distribuição por região e acordou-se que  
1419 seriam incluídos dois membros das regiões menos desenvolvidas, sendo assim a proposta: 9  
1420 para o Sudeste, 5 para o Sul, 4 para o Nordeste, 2 para o Centro-Oeste e 2 para o Norte. Das  
1421 vagas de indicações dos CEP, explicou que deveriam ser eleitos onze representantes; dois  
1422 suplentes; e um nome para substituir o professor Aníbal Gil Lopes que renunciou ao mandato.  
1423 Portanto, a proposta do GT era eleger 12 membros titulares (um para substituir o professor  
1424 Aníbal Gil Lopes, com mandato menor); e dois para suplentes. Explicou que, após análise, o  
1425 GT propôs os seguintes nomes para ocupar as onze vagas destinadas aos CEP: Edna Ferreira  
1426 Coelho Galvão, educadora física, doutora em educação, Estado do Pará; Aldaíza Marcos  
1427 Ribeiro, médica infectologista, pediatra, Estado do Ceará; Marie Togashi, nutricionista, pós-doc  
1428 em biologia e nutrição, Distrito Federal; Silvia Mara Maloso Tronconi, enfermeira, especialista  
1429 em enfermagem, Estado do Goiás; Antônio Hugo Campos, médico patologista, Estado de São  
1430 Paulo; Ângela Fernandes Escher Moritz, cientista social, doutora em saúde pública, Estado do  
1431 Rio de Janeiro; Pedro Carlos Stelian, dentista e representante dos usuários, Estado de São  
1432 Paulo; José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani, médico oncologista, doutor em oncologia,  
1433 Estado de São Paulo; Fernando Batigalia, médico, Estado de São Paulo (mandato de 2 anos,  
1434 em substituição ao membro Aníbal Gil Lopes que saiu da Comissão); Maria Cristina Paganini,  
1435 enfermeira, doutora em enfermagem, Estado do Paraná; Sérgio Surugi de Siqueira,

1436 farmacêutico, doutor em ciências biológicas, Estado do Paraná; Maria Mercedes de Almeida  
1437 Bendati, bióloga, mestre em oncologia. Suplentes: Cláudio Stefanoff, biólogo, doutor em  
1438 ciências, do Estado do Rio de Janeiro; Caio Coelho Marques, médico ginecologista, doutor,  
1439 Estado do Rio Grande do Sul. No que se refere ao CNS, disse que o Plenário deveria indicar  
1440 dois nomes de usuários – um para substituir o conselheiro Gilson Silvia e um para substituir a  
1441 ex-conselheira Maria Thereza (neste caso, concluir o mandato de 2 anos) e um nome de  
1442 trabalhador de saúde para substituir a conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza**. A respeito  
1443 da representação dos usuários, explicou que, na indicação dos dois representantes (conforme  
1444 a ata do mês de setembro de 2012) não foi especificidade quem substituiria quem (a diferença  
1445 é que o ex-conselheiro Alexandre Magno teria mandato até 2015 e a ex-conselheira Eline  
1446 Jonas mandato até novembro de 2013). Sobre a coordenação adjunta, disse que seria  
1447 necessário eleger um conselheiro para substituir o conselheiro **Aníbal Gil Lopes**, que  
1448 renunciou. Por fim, esclareceu que a conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** poderia ser  
1449 reconduzida. Conselheiro **Gilson Silva** entendeu que substituía a ex-conselheira Eline Jonas  
1450 na Comissão e que, portanto, o seu mandato se encerraria em novembro. De todo modo, disse  
1451 que disputaria vaga para permanecer na Comissão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
1452 Presidente do CNS, propôs a seguinte dinâmica para o processo da Comissão: - 1º dia de  
1453 reunião – apresentação dos critérios para a eleição; e 2º dia – votação. Não houve  
1454 manifestações contrárias. **ITEM 10 – COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO –**  
1455 **COFIN**. Apresentação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, coordenador da COFIN; e  
1456 **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. O coordenador da Comissão explicou que o Plenário  
1457 deveria deliberar sobre a Programação Anual de Saúde 2013 do Ministério da Saúde e apreciar  
1458 o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério. Primeiro, o assessor da  
1459 COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou o Relatório referente à Programação Anual de Saúde  
1460 2013 do Ministério da Saúde (elaborado a partir da exposição de Francisco Funcia na reunião  
1461 da COFIN/CNS de 19 de setembro de 2013, incorporado com as sugestões propostas pelos  
1462 membros da COFIN/CNS durante o debate realizado nessa reunião). Explicou que a Comissão  
1463 realizou, pela segunda vez, a análise da Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde,  
1464 referente ao exercício de 2013 (PAS 2013), em cumprimento ao disposto no artigo 36, §2º, da  
1465 Lei Complementar nº 141/2012: “§ 2º - Os entes da Federação deverão encaminhar a  
1466 programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação  
1467 antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício  
1468 correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso  
1469 público”. Disse que o Ministério da Saúde encaminhou a PAS 2013 às vésperas da reunião da  
1470 COFIN/CNS realizada nos dias 27 e 28 de novembro de 2012, cujo prazo exíguo impediu a  
1471 análise do documento naquele momento. De fato, a PAS 2013 foi pautada como item da  
1472 reunião da COFIN/CNS, realizada nos dias 21 e 22 de janeiro de 2013. Explicou que o MS  
1473 incorporou na PAS 2013 as sugestões apresentadas pelo CNS durante a análise da PAS 2012,  
1474 incluindo uma coluna em que se estabeleceu a relação com as respectivas ações  
1475 orçamentárias. Esclareceu também que os valores das ações orçamentárias não  
1476 correspondem com os apresentados nas metas financeiras, pois as ações orçamentárias  
1477 envolvem outras despesas. Entretanto, após consulta às pautas e atas das Reuniões do CNS  
1478 realizadas nos meses de janeiro a junho de 2013, foi possível constatar que não houve a  
1479 deliberação dos conselheiros sobre a PAS 2013, uma vez que o tema não fez parte do item de  
1480 pauta da COFIN/CNS nas citadas reuniões plenárias do CNS realizadas após a referida  
1481 reunião da COFIN/CNS. Porém, destacou que outras exigências da Lei Complementar nº  
1482 141/2012 foram cumpridas nesse período, a saber: deliberação sobre as diretrizes para o  
1483 estabelecimento de prioridades pelo Ministério da Saúde no Projeto de Lei de Diretrizes  
1484 Orçamentárias para 2014; avaliação do Relatório de Prestação de Contas Trimestral do  
1485 Ministério da Saúde referente ao 3º Quadrimestre/2013; e deliberação com parecer conclusivo  
1486 sobre o Relatório Anual de Gestão de 2012 do Ministério da Saúde. Destacou ainda que o 1º  
1487 semestre de 2013 foi marcado pelo processo de planejamento estratégico do CNS, pelas  
1488 atividades crescentes do Movimento Saúde+10 envolvendo os membros da COFIN/CNS  
1489 inclusive na coordenação, pela posse dos novos conselheiros eleitos para o CNS e pela troca  
1490 de coordenador da COFIN/CNS. Relatou que no mês de junho de 2013, o Ministério da Saúde  
1491 encaminhou ao CNS uma nova versão da PAS 2013, revisada, especialmente em relação às  
1492 metas físicas e financeiras. A COFIN/CNS teve conhecimento dessa versão no mês de agosto,  
1493 oportunidade em que pautou o tema para a reunião de 19 de setembro de 2013. Essa reunião  
1494 coincidiu com a posse dos novos membros da COFIN/CNS, que não tiveram a oportunidade de  
1495 analisar o material previamente. Explicou que na reunião da COFIN/CNS, de 21 e 22 de janeiro

1496 de 2013, esclareceu aos presentes que a PAS havia sido analisada anteriormente (quando a  
1497 COFIN/CNS apresentava outra composição, bem como fez um breve relato da situação  
1498 descrita anteriormente). Explicou que, na prática, a PAS 2013 estava sendo executada pelo  
1499 Ministério da Saúde e que, dificilmente, eventuais propostas de mudanças a serem  
1500 apresentadas na próxima reunião da COFIN/CNS em outubro seriam implantadas em 2013,  
1501 pois a respectiva deliberação pelo CNS somente ocorreria na reunião de novembro/2013. Ou  
1502 seja, haveria pouco mais de um mês para isso e, desta forma, o esforço da COFIN/CNS e do  
1503 CNS não produziria efeitos efetivos sobre a programação de saúde de 2013. Diante da  
1504 situação, avaliou que seria mais eficaz que os membros da COFIN/CNS adotassem os  
1505 seguintes posicionamentos: 1) manifestar-se preliminarmente favorável à PAS 2013 (na  
1506 reunião de setembro/2013) e, posteriormente, proceder uma avaliação crítica da PAS 2013  
1507 quando da análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral referente ao 2º  
1508 Quadrimestre/2013, pautado para a reunião de outubro da COFIN/CNS. Desta forma, eventual  
1509 proposta de alteração da PAS 2013 poderia ser considerada como “indicação de medida  
1510 corretiva” a ser encaminhada para a Presidenta da República no contexto da análise desse  
1511 Relatório, conforme estabelece o artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012: “Art. 41. Os  
1512 Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório  
1513 consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o  
1514 relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas  
1515 condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e  
1516 encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações  
1517 para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias”; e 2) Além disso, como o Plano  
1518 Nacional de Saúde 2012-2015 está em vigor, bem como já foram aprovadas pelo CNS as  
1519 diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços de saúde em 2014,  
1520 solicitar ao Ministério da Saúde que encaminhe a PAS 2014 até o final de outubro/2013, para  
1521 análise da COFIN/CNS na reunião de novembro/2013 e deliberação do CNS na reunião de  
1522 dezembro/2013. Disse que os membros da COFIN/CNS concordaram com esses dois  
1523 posicionamentos, de modo a subsidiar a decisão dos conselheiros do CNS sobre a avaliação  
1524 da PAS 2013. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o processo era dinâmico  
1525 e dependia de definições políticas. Esclareceu que a CGU solicitou manifestação do CNS em  
1526 relação à PAS e, como encaminhamento, a COFIN propõe aprovar a PAS 2013 e aprofundar a  
1527 discussão sobre o Relatório Quadrimestral e mudanças nos instrumentos gerais – PPA, PNS.  
1528 Não havendo manifestações contrárias, a mesa colocou em apreciação o encaminhamento  
1529 proposto pela COFIN. **Deliberação: aprovado o relatório, elaborado pela COFIN, com os**  
1530 **seguintes encaminhamentos: 1) manifesta-se, preliminarmente, favorável à PAS 2013**  
1531 **nesta reunião de setembro/2013 e, posteriormente, proceder uma avaliação crítica da**  
1532 **PAS 2013 quando da análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral**  
1533 **referente ao 2º Quadrimestre/2013, pautado para a reunião de outubro da COFIN/CNS.**  
1534 **Desta forma, eventual proposta de alteração da PAS 2013 poderia ser considerada como**  
1535 **“indicação de medida corretiva” a ser encaminhada à Presidenta da República no**  
1536 **contexto da análise desse Relatório, conforme estabelece o artigo 41 da Lei**  
1537 **Complementar nº 141/2012; 2) considerando que o Plano Nacional de Saúde 2012-2015**  
1538 **está em vigor, bem como já foram aprovadas pelo CNS as diretrizes para o**  
1539 **estabelecimento de prioridades para as ações e serviços de saúde em 2014, solicitar ao**  
1540 **Ministério da Saúde que encaminhe a PAS 2014 até o final de outubro/2013, para análise**  
1541 **da COFIN/CNS na reunião de novembro/2013 e deliberação do CNS na reunião de**  
1542 **dezembro/2013.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou a necessidade de os  
1543 conselheiros se apropriarem desse processo, dada a sua importância. Em seguida, o consultor  
1544 da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral  
1545 do Ministério da Saúde de 2013 (RPCQ/1/2013). Explicou que, para a análise, a COFIN/CNS  
1546 baseou-se na Lei Complementar nº 141/2012, mais precisamente nos artigos 36 e 41. Detalhou  
1547 que o artigo 36 estabelece o conteúdo mínimo desse RPCQ/1/2013: I - montante e fonte dos  
1548 recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e  
1549 suas recomendações e determinações; e III - oferta e produção de serviços públicos na rede  
1550 assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de  
1551 saúde da população em seu âmbito de atuação. Em respeito ao que disciplina o artigo 41,  
1552 explicou que o Conselho Nacional de Saúde avaliou a execução orçamentária e financeira do  
1553 Ministério da Saúde, bem como o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da  
1554 execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de  
1555 saúde das populações respectivas, devendo também encaminhar à Chefe do Poder Executivo

1556 as indicações das medidas corretivas decorrentes dos problemas encontrados nessa  
1557 avaliação. No que se refere ao Demonstrativo da execução orçamentária e financeira, explicou  
1558 que informa os valores da execução orçamentária e financeira segundo o Grupo de Natureza  
1559 de Despesa, ou seja, foram computadas as despesas que, por força da Lei Complementar  
1560 141/2012, não podem ser consideradas como “ações e serviços públicos de saúde” para o  
1561 cálculo da aplicação mínima. Esclareceu que a execução da despesa orçamentária do  
1562 Ministério da Saúde apresentou a seguinte composição de empenhamento no 1º Quadrimestre,  
1563 cujo total foi de R\$ 51,781 bilhões: 1) Pessoal e Encargos – 29%; 2) Juros e Encargos da  
1564 Dívida – 0%; 3) Outras Despesas Correntes – 71%; 4) Investimentos - 0%; 5) Inversões  
1565 Financeiras - 0%; e 6) Amortização/Refinanciamento da Dívida - 0%. Destacou que a despesa  
1566 do MS está quase toda concentrada nos Grupos de Natureza de Despesa (GND) “1” e “3”,  
1567 respectivamente, 29% e 71%. Sobre a despesa liquidada por grupo de natureza de despesa,  
1568 explicou que o perfil da despesa liquidada é o mesmo da despesa empenhada, ou seja,  
1569 majoritariamente concentrada no GND “1” e GND “3”, respectivamente, 23% e 77%. O valor  
1570 liquidado nesses GND representou 32,5% e 22,5% do total das respectivas dotações.  
1571 Considerando o parâmetro classificado como “adequado” para a liquidação da despesa no 1º  
1572 quadrimestre (maior ou igual a 25%), o nível de liquidação foi “adequado” para o GND “1” e  
1573 “regular” para o GND “3”. Nesse ponto, disse que a proposta de encaminhamento da COFIN  
1574 era a seguinte: solicitar à SPO/MS que, nas próximas edições do RPCQ, esse “Demonstrativo”  
1575 apresente também, além dos valores das despesas totais do MS, os valores das despesas que  
1576 podem ser computadas como “ações e serviços públicos de saúde” para o cálculo da aplicação  
1577 mínima, dentro do respectivo Grupo de Natureza da Despesa. No que se refere à ausência de  
1578 informação sobre os Limites de Empenho e Pagamento, explicou que o RPCQ/1ºQ/2013 não  
1579 apresentou inicialmente os limites de empenho e pagamento estabelecidos pelo Decreto do  
1580 Poder Executivo, muito provavelmente pelo fato de que a Lei Orçamentária de 2013 entrou em  
1581 vigor somente após o encerramento do 1º Quadrimestre. Com isso, a própria execução  
1582 orçamentária e financeira do período ficou prejudicada. Nesse ponto, disse que a proposta de  
1583 encaminhamento da COFIN era a seguinte: solicitar informação da SPO/MS sobre os limites de  
1584 empenho e pagamento que estão vigorando para o Ministério da Saúde na atualidade. No que  
1585 se refere à execução orçamentária – Grandes Grupos – valores empenhados e liquidados,  
1586 explicou que, segundo o critério de classificação historicamente adotado pela COFIN/CNS,  
1587 teve um fraco desempenho em termos da liquidação da despesa (a maior parte com nível de  
1588 liquidação irregular. A respeito desse item, disse que a proposta de encaminhamento da  
1589 COFIN/CNS era a seguinte: solicitar esclarecimento da SPO/MS sobre os itens de despesas  
1590 com níveis de empenho e liquidação da despesa classificados como “regular” e “inadequado”.  
1591 Sobre a execução da despesa por fontes de recursos, explicou que as dotações atualizadas  
1592 vinculadas às fontes de recursos “51-Contribuição sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas” e “52-  
1593 Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social” representaram a maior parte da  
1594 execução orçamentária do MS e tiveram os seguintes níveis de empenhamento e liquidação da  
1595 despesa: 51 - 53,6% (adequado) e 20,0% (inadequado), respectivamente; e 52 – 53,7%  
1596 (adequado) e 24,3% (inadequado), respectivamente. No que se refere à execução  
1597 orçamentária da despesa dos Hospitais Próprios, esclareceu que os valores consolidados da  
1598 execução orçamentária foram classificados como inadequados (níveis de empenhamento e de  
1599 liquidação de 26,4% e 12,0% respectivamente), sendo que os mais baixos índices foram  
1600 encontrados para a dotação “Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região  
1601 Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil - na Região Norte” (sem  
1602 empenhamento e liquidação de despesa) e para a dotação “Aperfeiçoamento, Avaliação e  
1603 Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia - INTO-  
1604 no Estado do Rio de Janeiro” (classificados como inadequados com 17,6% e 16,9% para os  
1605 níveis de empenhamento e de liquidação respectivamente). A respeito da execução  
1606 orçamentária da despesa do Grupo Hospitalar Conceição, disse que os valores consolidados  
1607 da execução orçamentária foram classificados como inadequados (níveis de empenhamento e  
1608 liquidação de 17,1% e 5,2% respectivamente). A propósito do saldo financeiro nas Contas  
1609 Bancárias do Fundo Nacional de Saúde, destacou que totalizou R\$ 763,153 milhões.  
1610 Considerando que, por hipótese, o Tesouro Nacional transferisse financeiramente para o  
1611 Fundo Nacional de Saúde 33% do valor total das dotações atualizadas de “Pessoal Ativo” e  
1612 “Outros Custeiros e Capital”, correspondente à alocação proporcional do 1º Quadrimestre/2013,  
1613 o saldo a pagar (despesas empenhadas e não pagas no período considerado) seria de: total de  
1614 R\$ 94.277.864.108,00; pago R\$ 19.273.643.629,00; 33% corresponde a R\$  
1615 31.111.695.155,64; o Saldo Financeiro Estimado deveria ser R\$ 11.838.051.526,64; o Saldo

1616 Financeiro Existente era de R\$ 763.153.357,61 (6,45% do saldo estimado). Assim sendo, disse  
1617 que o Saldo Financeiro Existente nas Contas Bancárias do Fundo Nacional de Saúde  
1618 representou apenas 6,45% do total estimado de R\$ 11,838 bilhões. Esse total foi calculado a  
1619 partir da apropriação de 33% do valor das dotações orçamentárias atualizadas (percentual  
1620 correspondente ao 1º Quadrimestre), deduzidos os valores pagos até 30/04/2013. Há que se  
1621 considerar também que o Saldo Financeiro Existente deveria contemplar, além do Saldo  
1622 Financeiro Estimado, a cobertura para os saldos a pagar dos Restos a Pagar de R\$ 10,621  
1623 bilhões em 30/04/2013. Em outros termos, esclareceu que o saldo financeiro estimado  
1624 consolidado (incluindo os Restos a Pagar) do FNS em 30/04/2013 **deveria ser de R\$ 22,459**  
1625 **bilhões**, ou seja, o saldo financeiro existente representou apenas cerca de 3,4% do estimado,  
1626 situação que está em desacordo com a Lei Complementar nº. 141/2012. Considerando o  
1627 disposto dessa Lei, Capítulo III, artigo 12, esse valor deveria estar depositado no Fundo  
1628 Nacional de Saúde e nas demais unidades orçamentárias que compõe o órgão “Ministério da  
1629 Saúde”. Trata-se de apontamento feito em outras oportunidades pela COFIN/CNS e CNS,  
1630 sendo que a justificativa adotada pelo governo federal para não cumprir esse dispositivo  
1631 baseava-se na Constituição Federal, artigo 164, parágrafo 3º que diz: “As disponibilidades de  
1632 caixa da União serão depositadas no banco central; as dos Estados, do Distrito Federal, dos  
1633 Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das empresas por ele controladas,  
1634 em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em lei (grifo nosso)”. Porém,  
1635 o entendimento da COFIN/CNS e do CNS tem sido que a ressalva citada no texto  
1636 constitucional se aplica plenamente ao presente caso após o advento da Lei Complementar nº  
1637 141/2012, ou seja, esses recursos apurados anteriormente deverão ser depositados no Fundo  
1638 Nacional de Saúde e demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, procedimento  
1639 também amparado pelo citado dispositivo constitucional: a Lei Complementar nº 141/2012  
1640 estabelece um procedimento para a centralização da movimentação financeira dos recursos  
1641 federais para a área da saúde no Fundo Nacional de Saúde, caracterizando assim a ressalva  
1642 prevista na Constituição Federal. Nesse sentido, disse que a proposta de encaminhamento da  
1643 COFIN é: propor à Presidenta da República a adoção de medidas junto à área econômica do  
1644 Governo Federal para que seja feita a transferência financeira para as contas do Fundo  
1645 Nacional de Saúde no valor de aproximadamente R\$ 21,7 bilhões (resultado da diferença entre  
1646 o saldo financeiro existente e o saldo financeiro estimado consolidado), de modo a  
1647 compatibilizar conjuntamente as necessidades da execução orçamentária correspondente ao  
1648 1º Quadrimestre/2013 com o saldo a pagar de Restos a Pagar em 30/04/2013, em  
1649 cumprimento à exigência constitucional e legal da movimentação financeira exclusivamente  
1650 pelo Fundo de Saúde. No que diz respeito à execução de Restos a Pagar de 2003 a 2012,  
1651 esclareceu que de foi muito baixa no 1º Quadrimestre/2012: os valores pagos foram de R\$  
1652 3,875 bilhões (equivalente a 26,1% do Total Inscrito e Reinscrito), restando ainda pendente de  
1653 pagamento o valor de R\$ 10,621 bilhões em 30/04/2013. Os cancelamentos totalizaram R\$  
1654 341,9 milhões, cuja compensação como aplicação adicional ocorrerá em 2014, em dotação  
1655 própria para essa finalidade, nos termos estabelecidos pela Lei Complementar nº. 141/2012.  
1656 Esse saldo a pagar de R\$ 10,621 bilhões está concentrado no FNS (R\$ 7,323 bilhões) e na  
1657 FUNASA (R\$ 2,973 bilhões). Destacou que FNS e FUNASA concentraram 97% dos saldos a  
1658 pagar de RP. Porém, a situação da FUNASA foi a mais grave quando comparado o saldo a  
1659 pagar de RP dessa UO (R\$ 2,973 bilhões) com a dotação orçamentária atualizada (LOA +  
1660 Créditos) para o exercício de 2013 (R\$ 2,276 bilhões): em outros termos, a FUNASA possuía  
1661 mais de dois orçamentos para executar. Mantido o baixo nível de empenhamento do 1º  
1662 quadrimestre/2013 (16,7%), classificado como inadequado segundo os critérios da  
1663 COFIN/CNS, a tendência é a ampliação dos Restos a Pagar para 2014. Essa situação da  
1664 FUNASA tem sido objeto de questionamento constante da COFIN/CNS e do CNS nos últimos  
1665 anos. A esse respeito, explicou que a proposta de encaminhamento da COFIN/CNS é: propor à  
1666 Presidenta da República a adoção de medidas junto à área econômica do Governo Federal  
1667 para que seja feito o cancelamento imediato dos Restos a Pagar referentes aos exercícios de  
1668 2003 a 2008, cujos valores deverão ser compensados como aplicação adicional em 2014 em  
1669 dotação própria para essa finalidade, nos termos da Lei Complementar nº. 141/2012. Além  
1670 disso, propor também à Presidenta da República a adoção de medidas para a realização de  
1671 um processo de revisão dos Restos a Pagar dos exercícios 2009 a 2012, especialmente junto  
1672 ao FNS e à FUNASA, avaliando a factibilidade da realização dessas despesas em 2013 ou, se  
1673 houver cancelamento, para compensação como aplicação adicional em 2014. A providência do  
1674 cancelamento dos Restos a Pagar sem expectativa de execução pelo tempo decorrido, cujo  
1675 valor será devidamente compensado como aplicação adicional em 2014, permitirá efetivar,

ainda que tardivamente, o cumprimento da aplicação mínima constitucional e legal em ações e serviços de saúde, em respeito ao que foi justificado pelo MS quando da prestação de contas ao Conselho Nacional de Saúde em anos anteriores com base nos valores empenhados. Ressaltou, contudo, que já ocorreram cancelamentos de Restos a Pagar desde a vigência da Emenda Constitucional 29/2000, o que ensejou representação do Ministério Público para compensação parcial dos valores cancelados, o que ainda não ocorreu em função do recurso apresentado pela AGU ao Poder Judiciário. No que se refere ao acompanhamento mensal da receita própria, explicou que o CNS apresentou em diversas oportunidades, inclusive como ressalvas nas análises dos Relatórios de Gestão em diversos exercícios, a posição de que o valor das receitas próprias do Ministério da Saúde deveria representar um acréscimo de aplicação em relação ao mínimo constitucional e legal estabelecido. Sem essa providência, ocorre uma espécie de "retroalimentação" do processo de financiamento ou uma "dupla contagem" de valores aplicados. Disse que as receitas próprias arrecadadas até 30/04/2013 totalizaram 1,839 bilhão, sendo que, desse total, a arrecadação do DPVAT foi de R\$ 1,587 bilhão. O entendimento da COFIN/CNS e do CNS sobre esse tema em oportunidades anteriores é de que os valores das receitas próprias sejam consideradas aplicações adicionais em relação ao valor mínimo considerado para o cumprimento da aplicação constitucional/legal em ações e serviços públicos de saúde. No que se refere a esse item, explicou que a proposta de encaminhamento da COFIN/CNS é propor à Presidenta da República que a área econômica do Governo Federal adote medidas para que as dotações orçamentárias do Ministério da Saúde sejam suplementadas em 2013 no valor de R\$ 4,196 bilhões, referente à estimativa de arrecadação das receitas próprias do MS, evitando-se com isso a ocorrência de "dupla contagem" dos valores aplicados, em cumprimento ao que disciplina a Lei Complementar 141/2012. No que diz respeito ao desembolso financeiro – Fundo a Fundo (por Bloco), explicou que as transferências Fundo a Fundo totalizaram R\$ 14,034 bilhões com a seguinte distribuição regional: Norte: 8%; Nordeste: 30%; Sudeste: 40%; Sul: 15%; e Centro Oeste: 7%. Acrescentou que os Estados que mais receberam recursos nesse período (juntos, totalizaram mais de 2/3 das transferências) foram: a) São Paulo (R\$ 2,848 bilhões), b) Minas Gerais (R\$ 1,466 bilhão), c) Rio de Janeiro (R\$ 1,108 bilhão), d) Bahia (R\$ 1,013 bilhão), e) Paraná (R\$ 0,824 bilhões), f) Pernambuco (R\$ 0,803 bilhões), g) Rio Grande do Sul (R\$ 0,758 bilhões) e h) Ceará (R\$ 0,650 bilhões). Dessa transferência de R\$ 14,034 bilhões, disse que os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (Região Sudeste) receberam juntos aproximadamente 40%. Mais de 2/3 das transferências destinaram-se ao financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC) e 23% à Atenção Básica (AB). Sobre a transferência a Estados – Liquidado por Modalidade de Aplicação - Execução por Modalidade de Aplicação - 30/31/40/41, explicou que as transferências aos Estados e Municípios ocorreram nas modalidades Convenial e Fundo a Fundo, esta representando 99,9% do total, em consonância com as exigências da Lei Complementar 141/2012. Do total transferido, pelo conceito de despesa paga, 70,2% destinaram-se aos municípios e 29,8% aos Estados. Salientou que um aspecto preocupante é o baixo nível de liquidação dessas despesas de transferências: apenas 21,7%, classificado como "regular" segundo o critério do CNS. Para ser classificado como "adequado", o valor liquidado deveria ter sido R\$ 15,616 bilhões, ou seja, cerca de R\$ 2,0 bilhões a mais em comparação à despesa liquidada no período de R\$ 13,556 bilhões. No que se refere a esse item, disse que a proposta de encaminhamento da COFIN/CNS é verificar com a SPO/MS a divergência de valores (cerca de R\$ 500 milhões) das Transferências Fundo a Fundo nas páginas 26 e 27. Sobre a oferta e produção de serviços – Rede própria e GHC, explicou que as informações sobre o 1º quadrimestre/2013 não vieram acompanhadas de nenhuma análise qualitativa, nem de referência de comparação quantitativa em relação ao mesmo período de 2012. A esse respeito, disse que a proposta de encaminhamento da COFIN/CNS é solicitar a SPO/MS que as informações quantitativas sejam comparadas com o mesmo período do ano anterior e quadrimestre imediatamente anterior, bem como sejam acompanhadas de uma análise qualitativa dessa produção. No que se refere aos indicadores, disse que alguns índices apresentados necessitam de esclarecimentos, sendo que a COFIN/CNS decidiu não fazer isso nesta oportunidade pelo fato de que a análise do RPCQ do 2º Quadrimestre de 2013 será feita na próxima reunião de 17 de outubro. Assim sendo, esses esclarecimentos poderão ser desnecessários como decorrência da execução de mais um quadrimestre, enquanto outros novos poderão ocorrer. Por isso, esta matéria será apresentada pela COFIN/CNS na próxima reunião plenária do CNS, que ocorrerá no início de novembro/2013. Sobre a análise do Cumprimento dos Objetivos Estratégicos do MS, disse que a COFIN/CNS decidiu avaliar o cumprimento das metas quando da análise do Relatório de

1736 Prestação de Contas do 2º Quadrimestre/2013, que ocorrerá na reunião de 17 de outubro de  
1737 2013, para apreciação do plenário do CNS na reunião de novembro/2013, tendo em vista que  
1738 houve revisão das metas estabelecidas na Programação Anual de Saúde de 2013 em  
1739 julho/2013. Considerando essa revisão, não há compatibilidade entre os índices apresentados  
1740 no RPCQ do 1º Quadrimestre/2013 e as metas estabelecidas para o ano de 2013, o que  
1741 exigiria retornar às metas da PAS antes da citada revisão, o que não teria mais nenhum  
1742 sentido neste momento. Assim sendo, na análise do RPCQ do 2º Quadrimestre de 2013, a  
1743 avaliação do cumprimento dos índices será feita com base nos valores revisados em  
1744 julho/2013. Por fim, explicou que o DENASUS apresentou o relatório-síntese das atividades  
1745 realizadas no 1º Quadrimestre/2013 nos termos solicitados anteriormente pela COFIN/CNS e  
1746 pelo CNS, a saber: atividades realizadas por tipo de controle (página 94), atividades  
1747 encerradas por objeto – bloco de financiamento (página 94) e classificação das constatações  
1748 das ações de controle. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez referência ao demonstrativo da  
1749 execução orçamentária e financeira para solicitar maiores esclarecimentos sobre o empenho  
1750 em investimento. O assessor da COFIN, **Francisco Rozsa Funcia**, explicou que na avaliação  
1751 da execução relativa ao segundo quadrimestre será possível avaliar com mais previsão o  
1752 empenho em investimento, porque a execução do primeiro quadrimestre ficou prejudicada pelo  
1753 atraso na votação do orçamento. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que fosse divulgada  
1754 uma nota de esclarecimento sobre os motivos do atraso na análise do Relatório de Prestação  
1755 de Contas Quadrimestral do MS. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** perguntou  
1756 quando o CNS deixará de recomendar e tratará o Relatório de Prestação de Contas  
1757 Quadrimestral do MS de outra maneira. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu  
1758 que seria na análise do Relatório Anual de Gestão, em que o CNS poderia aprovar ou reprovar  
1759 esse instrumento. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** cumprimentou a apresentação, mas  
1760 disse que não sentia em condições de manifestar-se sobre o relatório porque não pôde analisá-  
1761 lo com antecedência. Também sugeriu que as recomendações sejam acompanhadas de  
1762 esclarecimentos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou qual a expectativa de retorno  
1763 em relação às recomendações sobre o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral. O  
1764 assessor da COFIN, **Francisco Rozsa Funcia**, explicou que o Poder Executivo, por conta da  
1765 Lei nº. 141/2012, não poderá mais ficar omisso. Feitos esses esclarecimentos, o coordenador  
1766 da COFIN colocou em apreciação o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do  
1767 Ministério da Saúde. **Deliberação: aprovado o relatório da COFIN com a análise do**  
1768 **Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde de 2013.** Em  
1769 seguida, conselheiro **Clóvis Boufleur**, apresentou a seguinte proposta de critério de  
1770 distribuição das vagas de delegados nacionais para a 4ª Conferência Nacional de Saúde  
1771 Indígena, a serem definidas pelo CNS: 1) *Usuários*: 68 vagas, sendo: a) 27 de Conselhos  
1772 Estaduais de Saúde; b) 24 do CNS; e c) 17 de organizações indígenas. 2) Trabalhadores da  
1773 saúde: 34 vagas, sendo: 27 de Conselhos Estaduais; e 7 indicados pelo FENTAS. 3)  
1774 Gestores/prestadores de serviço: 34 vagas. Lembrou que o Plenário deveria definir o critério  
1775 naquela reunião por conta dos prazos. Além disso, salientou que, conforme o Regimento  
1776 Interno da Conferência, os nomes deverão ser indicados, impreterivelmente, até o dia 15 de  
1777 outubro de 2013. Após a apresentação da proposta, conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**  
1778 manifestou preocupação com a votação da proposta naquele momento, porque necessitaria  
1779 consultar os integrantes do FENTAS sobre a proposição. Diante dessa fala, os integrantes da  
1780 comissão organizadora da Conferência presentes justificaram a necessidade de definir os  
1781 critérios para indicação naquela reunião. **Deliberação: aprovada a proposta de distribuição**  
1782 **das vagas de delegados nacionais para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a**  
1783 **serem definidas pelo CNS. Os nomes deverão ser indicados, impreterivelmente, até o dia**  
1784 **15 de outubro de 2013. A Secretaria Executiva do CNS contataria os conselhos estaduais**  
1785 **para solicitar a indicação de nomes no prazo definido.** Por fim, Conselheiro **Clóvis**  
1786 **Boufleur** explicou que os integrantes da Comissão Organizadora participariam da Conferência  
1787 enquanto Comissão e também poderiam participar como delegado (esse critério aplica-se aos  
1788 integrantes das demais comissões da Conferência). Em seguida, conselheira **Maria do**  
1789 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, apresentou duas minutas para deliberação do  
1790 Plenário. A primeira minuta recomenda à Presidente da República que vete o artigo 19 da  
1791 MPV nº. 619-A/Projeto de Lei de Conversão nº 25/2013, que contempla, no seu artigo 19, uma  
1792 alteração na Lei nº 9.718 de 1998, permitindo que as operadoras de planos de assistência à  
1793 saúde deduzam da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS os custos  
1794 assistenciais com clientes. **Deliberação: aprovada a recomendação. Foi solicitado ainda**  
1795 **que seja pautado debate sobre os planos privados de saúde.** A segunda trata-se de uma

1796 moção de repúdio ao cerceamento da participação no Congresso Nacional, dirigida à  
1797 presidência da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. **Deliberação: aprovada a**  
1798 **moção de repúdio. Em seguida, a mesa colocou em votação a ata da 249<sup>a</sup> RO que foi**  
1799 **aprovada, por unanimidade.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu suspender,  
1800 temporariamente, a minuta de recomendação que propõe a definição de um registro número e  
1801 compor um comitê – CNS, MS, MJ e outros ministérios afins - para debater o tema e levantar  
1802 subsídios à realização de seminário em 2014. Nessa atividade, seria produzido documento que  
1803 resultaria em resolução do CNS sobre o tema. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio**  
1804 **Florentino**, lembrou que em 2014 serão realizadas duas oficinas regionais para tratar do tema  
1805 e a ideia é que o seminário conclua o ciclo dessas oficinas. **Deliberação: o Plenário decidiu**  
1806 **suspender temporariamente a minuta de resolução e apresentar uma recomendação**  
1807 **para composição de um comitê – CNS, MS, MJ e outros ministérios afins - para debater o**  
1808 **tema e levantar subsídios à realização de um seminário em 2014. Na atividade, produzir**  
1809 **documento que resulte em resolução do CNS sobre o tema.** Conselheira **Eliane**  
1810 **Aparecida da Cruz** sugeriu que a Mesa Diretora do CNS paute na próxima reunião do CNS as  
1811 resoluções do CNS não homologadas pelo MS para apresentação das justificativas.  
1812 **Indicações:** 1) 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde do Pará. Data: 29 a 31 de outubro de 2013.  
1813 30/10 – Palestra – Tema: Consolidação dos Instrumentos de Gestão do SUS com o Controle  
1814 Social: O Desafio de Cumprir a Lei. Local: Belém/PA. *Indicação:* conselheira **Maria do Socorro**  
1815 **Bezerra Mateus.** 2) O Sistema Nacional de Transplantes solicitou a indicação de dois  
1816 representantes do CNS – um titular e um suplente – para constituir Grupo de Assessoramento  
1817 Estratégico – GAE, coordenado pelo Coordenador-Geral do SNT. A próxima reunião foi  
1818 agendada para 30 de outubro, mas ainda sem confirmação. Local: Brasília/DF. 3) Indicação de  
1819 representantes para participar do Seminário Estadual de Educação Permanente para o  
1820 Controle Social no SUS Financiamento e Instrumento de Gestão - Atenção: mesmo período da  
1821 251<sup>a</sup> RO do CNS (6 e 7 de novembro). 7/11 – 9h – Mesa de Abertura: Conselho Nacional de  
1822 Saúde; 07/11 – 9h40 – representante da COFIN/CNS. Data: 7 e 8 de novembro de 2013. Local:  
1823 Natal/RN. Não houve indicação. 4) A FENAFAR solicitou a indicação de um representante para  
1824 a sessão comemorativa “Os 10 anos da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência  
1825 Farmacêutica: a força do Controle Social”, durante o 1º Encontro Nordeste de Farmacêuticos  
1826 no Controle Social da Saúde. Data: 8 e 9 de novembro de 2013. Local: Aracaju/SE. Não houve  
1827 indicação. 5) A FENAFAR solicitou a indicação de um representante para o 4º Encontro  
1828 Nacional de Farmacêuticos no Controle Social da Saúde de novembro. Data: 21 e 22 de  
1829 novembro. Local: São Paulo/SP. Não houve indicação. 6) A Secretaria de Gestão Estratégica e  
1830 Participativa SGEP/MS solicitou a indicação de cinco representantes para o I Seminário  
1831 Nacional de Educação Popular em Saúde. Data: 3 a 5 de dezembro. Local: Brasília/DF.  
1832 *Indicações:* **Maria Lúcia Santos Pereira da Silva; Gilson Silva; Fernanda Benvenutty;** 2  
1833 representantes dos trabalhadores (a indicar). 7) O Ministério da Saúde por meio do  
1834 Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos  
1835 Estratégicos (Decit/SCTIE/MS) solicitou a indicação de um representante para participar do  
1836 evento Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS: Integração entre conhecimento Científico e  
1837 Políticas de Saúde, até 11 de outubro. Data: 3 e 4 de dezembro de 2013. Local: Brasília/DF.  
1838 Conselheira **Jouhanna Menegaz.** 8) A Coordenação Geral da IV Mostra Nacional de  
1839 Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família solicitou a indicação de dois usuários, um  
1840 trabalhador e um prestador de serviços para participar das Oficinas de Avaliação para  
1841 Premiação dos Relatos de Experiência, que ocorrerão em duas etapas na cidade de  
1842 Brasília/DF. A primeira no dia 18 de dezembro de 2013 e a segunda nos dias 15, 16 e 17 de  
1843 janeiro de 2014. Atenção: os indicados de fora de Brasília deverão acessar – até 20 de outubro  
1844 – os dois links para cadastramento e pedido de passagens, pois cada um se refere a um  
1845 período diferente. *Indicações:* conselheira **Noemy Tomita;** conselheira representante da  
1846 ANPG. 9) O Ministério da Justiça solicitou a indicação de dois conselheiros nacionais de saúde  
1847 representantes do segmento gestor (um titular e um suplente) para compor o Comitê Nacional  
1848 do Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (CONATRAP) no biênio 2013/2015, em cumprimento  
1849 ao Decreto nº 7.901 de 4 de fevereiro de 2013. *Indicações:* conselheira **Verônica Lourenço;** e  
1850 conselheira **Fernanda Lou Sans Magno.** 10) Congresso da ABRASCO; e SIMBRAVISA. Será  
1851 verificada a quantidade de vagas para esses eventos e os fóruns serão comunicados para  
1852 enviar nomes. Informes - Conselheiro **José Eri de Medeiros** registrou que a Federação  
1853 Estadual de Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul - Fetag/RS comemorou 50  
1854 anos de desenvolvimento da agricultura familiar gaúcha. **ENCERRAMENTO** - Definido esse  
1855 ponto, a mesa encerrou os trabalhos da 250<sup>a</sup> Reunião Ordinária. Estiveram presentes os

