



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

SNA de redução drástica de servidores de 1997 a 2011 (de 1.200 para 750). Desse modo, disse que, em não havendo mudanças, em 2014 serão apenas 80 servidores do DENASUS. A segunda expositora foi a assessora da SE/Ministério da Saúde, **Ana Maria Fontenelle**, que apresentou o Plano de Providências “Monitoramento e controle da aplicação dos recursos federais transferidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde”. Explicou que o Plano refere-se à Nota Técnica nº 2.642 da CGU-PR, de 4 de dezembro de 2012, que trata do Controle do MS sobre as transferências fundo a fundo e a integração dos trabalhos entre o DENASUS e a CGU. Detalhou que o objetivo principal do Plano é apresentar mecanismos de controle previstos na legislação vigente para comprovar a regular aplicação dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo, pelo MS aos demais entes da Federação. Detalhou que a Nota Técnica a CGU nº 2.642/2012 elencou os seguintes problemas: fragilidade do controle primário das Secretarias finalísticas do MS no acompanhamento e monitoramento das transferências fundo a fundo; ausência da plena alimentação do Portal Saúde com + Transparência e do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão no âmbito do SUS (SargSUS); ausência de análise dos Relatórios Anuais de Gestão pelo DENASUS para fins de comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo; ausência de integração dos processos de trabalho do DENASUS, enquanto componente federal do sistema de auditoria do SUS, com a Controladoria-Geral da União; inadequada posição funcional do DENASUS dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde; e ausência de critérios objetivos para subsidiar a deliberação dos Conselhos de Saúde sobre os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão. Disse que o objetivo geral do Plano de providências é elaborar plano de providências com programação de ações para o avanço e/ou implantação de sistemas, regramentos legais e demais instrumentos de controle e monitoramento que possibilitem ao Ministério da Saúde o acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos transferidos aos demais entes da federação na modalidade fundo a fundo. Salientou que o foco geral do Pleno é controle, monitoramento e avaliação e os pontos-sínteses são: 1) Controle e monitoramento das ações e recursos aplicados nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, assistência, vigilância e promoção de saúde; 2) Transparência; 3) Processos de trabalho do DENASUS e fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria; e 4) Análise do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão. Detalhou que a estrutura do Plano é a seguinte: I. Monitoramento em nível de sistema; II. Sistemas de controle primário dos recursos transferidos fundo a fundo; III. Sistema de planejamento como pré-condição para o efetivo controle no âmbito do Sistema Único de Saúde; IV. Análise dos relatórios anuais de gestão; V. Fortalecimento do SNA no âmbito do SUS. Programação de atividades do departamento nacional de auditoria do SUS. Integração com a CGU; VI. Novos instrumentos legais, revisões e atualizações; e VII. Curso de capacitação sobre auditoria e controle interno. Explicou que o círculo de monitoramento ocorre da seguinte forma: a partir da avaliação diagnóstica do SUS (IDSUS), novas metas são pactuadas no COAP e passam a ser incorporadas nos diversos momentos do planejamento (PS, PPA, PAS) e seus resultados refletidos nos RAGs. Considerando o círculo de monitoramento, explicou que foram definidos 16 instrumentos de controle, detalhados a seguir. Controle 1: Painel de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde. Responsabilidade direta no MS: DEMAS/Secretaria Executiva (SE). Resultado: Assessoramento para a construção de um sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde, Avaliação do Desempenho do SUS, Diagnóstico das políticas em todas as esferas da federação, Transparência na transferência dos recursos e Acompanhamento pelas secretarias finalísticas dos resultados da aplicação dos recursos. Indicação de auditorias e/ou demais medidas pertinentes. Prazo: novembro de 2013. II. Evolução/criação de sistemas de controle primário dos recursos transferidos fundo a fundo: II.1. Atenção Básica; II.2. Atenção Especializada; II.3. Atenção Pré-hospitalar: SAMU 192; II.4. Vigilância e promoção da saúde; e II.5. Insumos Estratégicos. Foco: Controle e monitoramento dos recursos destinados ao componente da atenção à saúde. Presença na totalidade dos municípios. Controle 2: Identificador Nacional de Equipe. Monitoramento: Acompanhamento das equipes de saúde através do Identificador Nacional de Equipe, que representará, univocamente, as equipes de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Resultado: Quantidade real de equipes da Atenção Básica que deverão ser objeto de financiamento. Prazo: Até dezembro de 2013. Responsabilidade direta no MS: DAB/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Controle 3: Universalização do Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Monitoramento: Indicadores do IDSUS – AB. Avaliação Externa por Instituições de Ensino e Pesquisa. Resultado: a. Quanto à 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 n°. 3.252/09 (PRT n°. 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 ente
 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 pré-condição 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 Cadastro 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

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

decreto dispõe sobre a definição de carreira e responde às expectativas do DENASUS? Como garantir controle maior sobre a terceirização na saúde? Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, de um lado, destacou a falta de estrutura para o funcionamento do DENASUS e, do outro, salientou a dificuldade enfrentada pelos conselhos estaduais e municipais para realizar o controle externo, inclusive para cumprir as definições da Lei nº. 141/2012 e do Decreto 7.508/2011. Nessa linha, frisou que é preciso definir como articular o sistema de controle interno e de controle externo para que funcionem e cumpram o seu papel. No mais, lembrou que o SIACS possibilita uma análise quantitativa e não qualitativa da situação dos conselhos de saúde, o que está aquém da avaliação que precisa ser feita conforme acórdão do TCU. Sobre o SARGSUS, disse que será necessário avaliar a qualidade dos relatórios de gestão e os conselheiros de saúde necessitarão de auxílio nessa análise. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou a relevância e a pertinência da mesa de debate que inaugura processo de discussão que se completará com a presença do Ministério Público. Destacou que o controle é necessário na sociedade e propôs que se avançasse no processo de auditoria na lógica de diminuir custos, uma vez que 30% dos recursos do SUS é mal gasto. Também disse que o foco do SUS deve ser o usuário do Sistema com a lógica de diminuir mortes precoces e doenças evitáveis. Nessa linha, avaliou que os municípios não devem ser classificados de forma generalizada pela diversidade do país. Portanto, propôs a criação de uma classificação dos municípios de acordo com os problemas relativos a uso de recursos, identificados pelo DENASUS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, primeiro, saudou o MS pela eficiência da resposta à nota técnica da CGU, inclusive com definição de instrumentos que permitam maior transparência. Todavia, ponderou que, além de criar instrumentos mais eficazes, devem-se fortalecer os conselhos de saúde que são os responsáveis pela avaliação dos instrumentos de gestão. Também cumprimentou o CNS pelo trabalho importante de avaliação do RAG 2012 e do 1º quadrimestre. Por fim, disse que é preciso otimizar os instrumentos de avaliação, inclusive para avaliar a execução feita em nível federal. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva** cumprimentou o DENASUS pelo trabalho realizado nos hospitais psiquiátricos brasileiros e perguntou quais foram as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde diante dos resultados das auditorias. Lembrou, inclusive, que os hospitais psiquiátricos brasileiros são recorrentes em violação de direitos humanos, produção de morte e violência contra as pessoas com sofrimento mental e a oferta de assistência é precária (81% apresentam problemas de falta de pessoal e 99% problemas de infraestrutura). Também solicitou que o DENASUS, ao realizar auditorias, considere a singularidade da rede de saúde mental e rede substitutiva. Por fim, perguntou se, após a inclusão das comunidades terapêuticas na rede de saúde, o DENASUS realizará auditoria nessas instituições. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** falou sobre a visita técnica ao hospital da Universidade Federal do Piauí (nº 4.658), com representação do DENASUS, destacando que, entre outras questões, o relatório aponta que o SUS pagou à EBSEH, empresa administradora do hospital, R\$ 10 milhões (de abril a agosto de 2013) enquanto que a produção no hospital no primeiro semestre de 2013 corresponde apenas a 1,64% do valor pago pelo SUS, ou seja, R\$ 664,184,26. Diante da gravidade desses dados, disse que o CNS deve debater mecanismos de acompanhamento e repasse financeiro do SUS para os entes federados. Conselheiro estadual **Paulo Humberto Gomes da Silva**, presidente CES/RS, salientou a importância do debate desse tema no Conselho e ressaltou a importância da avaliação, por parte do CNS, em relação a esses instrumentos. Ressaltou que, por vezes, os relatórios de gestão são aprovados com ressalvas ou reprovados e nada é feito a esse respeito. Citou o caso do Rio Grande Sul, o Estado que menos aplica em saúde pública do país, cujo Relatório de Gestão é reprovado pelo CES desde 2006 e não se vê nenhum movimento para modificar essa situação. Por fim, perguntou o posicionamento do MS acerca do cumprimento da LC nº. 141/2012, pelos entes federados. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou a importância de retomar o diálogo com a ouvidoria e cumprimentou o DENASUS pelo avanço ao sair apenas do registro da denúncia para o controle e acompanhamento, além da qualificação das informações. Também saudou a possibilidade de funcionamento da ouvidoria por 24h porque facilitaria a denúncia de irregularidades. Também disse que é preciso assegurar a carreira para os servidores da ouvidoria, com estabilidade.

Retorno da mesa. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGE/MS, agradeceu, primeiramente, a parceria com a Assessora da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Ana Fontenelle, uma vez parte das atividades são articuladas à SGE/MS e à SE/CNS. Sobre a força tarefa dos mamógrafos, disse que após diagnóstico da situação, foram feitas mudanças como a adoção do TAC. Salientou que é 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 SGEF, **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

Rousseff. Por conta desse veto, disse que foi realizada reunião no Ministério do Planejamento e acordou-se que será encaminhada proposta para solucionar a situação. Também chamou a atenção para a importância da Lei de Responsabilidade Sanitária e defendeu a criação de uma frente parlamentar em defesa do SUS para avançar em questões relativas ao direito sanitário. Por fim, informou que a visita técnica ao hospital universitário do Piauí foi solicitada pelo MP Federal. A assessora da SE/MS, **Ana Fontenelle**, convidou os conselheiros a visitar a página da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE que apresenta a compilação de todos os resultados do SUS. Também disse que a metodologia do plano de providência parte do resultado de desempenho sistêmico e realiza processo de redução para criar os controles de modo a melhorar os resultados explicitados na SAGE. Também se colocou à disposição para participar da oficina sugerida pelo CNS e a prestar maiores esclarecimentos sobre o Plano. No mais, frisou que não há impedimento para que o controle social tenha acesso à ferramenta do controle interno. Também disse que no Plano de Providência foi desenhado acordo entre a CGU e DENASUS no sentido de definir planejamento sobre visitas técnicas e auditorias. Também disse que o veto da Presidente da República ao PL ocorreu por conta do vício de origem e o MS negocia com o MPOG a criação dos cargos o mais breve possível. Na sequência, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate e o conselheiro **Renato Almeida de Barros** reiterou a proposta de repautar o tema, convidando a auditoria para trazer casos de impacto nos 27 estados e municípios e apresentar as ações adotadas. Citou, por exemplo, a denúncia sobre Betim onde a estrutura da saúde tem sido repassada à UNIMED. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reiterou que o CNS recebe em média 80 denúncias e pedidos de informações por mês e, assim, salientou que a intenção é realizar oficina para, inclusive, definir um plano para lidar com as denúncias que chegam ao Colegiado. Conselheiro **Clóvis Boufleur** reiterou a solicitação de incluir link do SARGSUS e do SNA na página do CNS. **Com esses acréscimos, o coordenador da mesa colocou em votação os encaminhamentos oriundos do debate, que foram aprovados: 1) pautar novamente a Lei Complementar n°. 141/2012 para aprofundar o debate de itens específicos; 2) realizar oficina, em parceria com DENASUS e DAI e participação dos conselhos estaduais e municipais de saúde, para tratar do tema transparência na gestão pública, controle social, controle interno. Data indicativa: 4 e 5 de dezembro de 2013; 3) debater posteriormente a proposta de elaborar resolução para tratar sobre classificação de municípios no que se refere à utilização de recursos (sugestão: conselheiro Clóvis Boufleur); e 4) incluir link do SARGSUS e do SNA na página do CNS. ITEM 4 – APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL – PNAI. Apresentação: Marden Marques Soares Filho, Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS; Mara Fregapani Barreto, coordenadora de reintegração e ensino do Departamento Penitenciário do Ministério da Justiça; e conselheira Rosimeire Aparecida da Silva, coordenadora da CISM/CNS. Coordenação: conselheira Nelcy Ferreira da Silva, da Mesa Diretora do CNS. O Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS, Marden Marques Soares Filho, iniciou com a apresentação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAI. Explicou que, de 1948 a 2003, a atenção à saúde no sistema prisional foi ofertada pela justiça criminal. Em 2003, foi estruturado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2003 – 2013) com o objetivo de organizar o acesso da população penitenciária ao SUS, sendo público alvo 100% da população penitenciária brasileira, em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas. Detalhou que a população carcerária do país é de 551.385 (0,29% da população nacional), sendo: 498.746 (93%) homens; e 37.539 (7%) – mulheres. Salientou que o crescimento foi 120% em 10 anos (o Brasil é o 4º país que mais encarcera) e as vagas no sistema prisional chegam a 300 mil (1,8 pessoas por vaga). Explicou ainda que são 2.721 estabelecimentos penais: 4 penitenciárias federais; 621 penitenciárias estaduais; e prisões provisórias (Fonte: Geopresídios/CNJ Agosto/2013). Disse que o perfil da população carcerária é o seguinte: público jovem (18 a 34 anos); pretos e pardos, na maioria; grande parte está em regiões metropolitanas do país; e nível socioeducativo muito baixo (fundamental incompleto, na maioria). Visando à definição de uma política, disse que o PNSSP foi avaliado, tendo sido identificados os seguintes fatores críticos: equipes atendem a duas faixas de atenção com 7 profissionais de saúde em cada – 1) até 100 presos e 2) de 100 a 500 presos; subfinanciamento – incentivo financeiro de custeio insuficiente; cobertura potencial de 31,81%; grande parte das equipes são análogas ao SUS: 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 PNSSP 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 essas 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** salientou 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 intersetorialidade 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 contemple 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, discorreu 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 agrega 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 Bouffleur** explicou que a Lei nº. 12.594/2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo-SINASE,

regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, determina que a atenção integral à saúde do adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo seguirá, entre outras, a diretriz da garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do SUS. Além disso, lembrou que o CNS aprovou Recomendação (nº. 22/2012) ao Ministério da Saúde que constitua um comitê com representantes do CONANDA, CNS e Comissão Intergestores Tripartite para acompanhar a implementação da Lei do SINASE e a elaboração da proposta de adequação e integração das ações de saúde com educação e assistência social com esse Sistema. Também lembrou que a criança pode permanecer junto com a mãe privada de liberdade apenas até os seis meses e a separação, após esse prazo, traz grandes prejuízos inclusive com a interrupção da amamentação. Salientou ainda que algumas crianças são encaminhadas para adoção, muitas vezes contra a vontade da mãe. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** explicou que pesquisa realizada na penitenciária de Porto Alegre, com 2.162 detentos, identificou percentual de 28,39% de portadores crônicos de Hepatite C. Nesse caso, disse que o tratamento era inviável dentro do sistema prisional. Defendeu a realização de uma pesquisa nos mesmos moldes em nível nacional para fazer levantamento de casos de HIV e hepatites no sistema penitenciário. Também disse que no âmbito do sistema prisional é preciso garantir condições mínimas para atendimento como o caso de saúde bucal. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** iniciou a sua fala manifestando as dificuldades dos profissionais para atender a população privada de liberdade e salientou que a qualificação das equipes de saúde que atendem as pessoas privadas de liberdade é fundamental. Além disso, avaliou que o atendimento, inclusive na área de saúde bucal, deve ser oferecido nas unidades, inclusive, assegurando a estrutura e o material adequado. Também perguntou de quem será a responsabilidade pela qualificação das equipes e o controle das ações. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** registrou que se sentiu contemplada com as falas e ressaltou a importância de garantir a presença de profissionais nutricionistas nas equipes. No mais, manifestou satisfação com a Política, por entender que pode contribuir para modificar a situação do sistema prisional do país, mas salientou que é preciso acompanhar a implementação. **Retorno da mesa.** O Coordenador Nacional de Saúde Prisional/MS, **Marden Marques Soares Filho**, iniciou frisando que é militante do SUS e das causas dos direitos sociais e vivenciou no cotidiano muitas das questões colocadas ao trabalhar nessas instituições. Frisou que a Política sinaliza melhoria para o que ainda é caótico ao propor a transformação de cada unidade prisional em ponto de atenção da rede de atenção à saúde, com pactuação local. Disse que, enquanto ponto de atenção da rede, é mais fácil trabalhar regulação e atenção especializada em cada território. Disse que tem sido feito debate, inclusive com o MJ, para que os PPA contemplem a expansão das reformas no âmbito das unidades prisionais de modo a garantir condições às equipes para operar nas unidades. Disse que as minutas de portarias foram construídas de forma intersetorial (seis ministérios), com envolvimento de trabalhadores, usuários e gestores. Também informou que está em construção uma portaria sobre medida de segurança que será objeto de debate no CNS. Sobre a assistência farmacêutica, informou que a proposta de alteração será submetida à discussão do Plenário do CNS. Destacou que a área de saúde prisional possui interface com outros programas como DST/AIDS, acordos internacionais, hepatites virais, agravos não transmissíveis, alimentação e nutrição. Explicou ainda que foi firmado convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina para elaboração de um projeto político de educação permanente para o sistema prisional voltado à capacitação dos profissionais da rede que atuarão nos presídios. Disse que a intenção é modificar a lógica intramuros, assegurando uma rede mais integrada ao sistema prisional. Acrescentou ainda que serão elaborados documentos orientadores (protocolos de atendimento) para orientação às equipes de saúde atendendo as especificidades do atendimento no sistema prisional - alimentação e nutrição, HVI AIDS, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança. No mais, destacou que a intenção é publicar um decreto definindo diretrizes orientadoras macro da saúde com orientações para SINASE (adolescentes – 30 mil) e sistema prisional (adultos – 550 mil presos). Informou que foi firmado convênio para realização de observatório epidemiológico em saúde prisional e a intenção é considerar os levantamentos desse instrumento na definição do projeto para monitoramento e avaliação da Política. Sobre o grupo homogêneo, explicou que foi utilizado o IDSUS por conta dos indicadores de qualidade. Sobre saúde bucal, reconheceu que é um problema e salientou que é preciso vencer algumas barreiras. Também disse que é preciso trabalhar a educação permanente com os agentes penitenciários a fim de garantir a mudança da lógica do sistema 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 n.º 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 Bouffleur** 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. Bouffleur**, 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 **Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordec**
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 Fúria 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 – CFBlo; **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 Bouffleur**, secretário geral da
950 4ª CNSI; conselheiro **Edmundo Omoro**; 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 Bouffleur**, secretário geral da 4ª CNSI, informou
953 que já haviam sido realizadas 29 das 34 conferências distritais previstas. Explicou que, apesar
954 da convocação da 4ª 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

956 local da etapa nacional. Em que pese essas dificuldades, destacou que as conferências locais
957 e distritais tem resultados positivos. Também salientou que a Conferência trazia, entre as
958 inovações, o Regulamento e a elaboração de uma Carta da Conferência durante a realização
959 (Conferência não terminaria naquele espaço). Conselheiro **Edmundo Omore** fez uma fala
960 sintetizando os problemas enfrentados pelos povos indígenas que deveriam ser debatidos na
961 Conferência: segurança alimentar; saneamento; desnutrição; demarcação de terras. Frisou que
962 a situação dos povos indígenas era complexa e dramática e carecia de uma resposta eficaz
963 com a máxima urgência. Conselheiro **Jorge Marubo** salientou a necessidade de uma reunião
964 ampliada para fazer um balanço sobre a saúde indígena, apontando os principais problemas a
965 serem debatidos na Conferência com vistas a definir soluções. Entre as dificuldades
966 enfrentadas pelos povos indígenas, fez um destaque à falta de água potável para consumo,
967 número elevado de casos de hepatites, falta de demarcação de terras. Também propôs a
968 elaboração de um documento do CNS dirigido à Presidente da República e ao Ministro da
969 Saúde solicitando que a nomeação dos coordenadores dos Distritos não ocorra por critérios
970 políticos. A assessora da SESAI/MS, **Bianca Moura Bianca**, iniciou recuperando que a
971 Conferência ocorre em três etapas e apontou como avanço a realização de 309 conferências
972 locais e 34 conferências distritais (até o fim de semana todas as conferências seriam
973 concluídas). Chamou a atenção para a complexidade da saúde indígena – 305 povos que
974 falam 274 línguas, distribuídos nos 26 Estados da Federação e os Distritos Sanitários não
975 correspondem à unidade do Estado da Federação. Relatou que, tão logo foi aprovada a
976 realização da Conferência, a SESAI encaminhou planejamento acerca do orçamento, mas o
977 atraso na aprovação do orçamento e o contingenciamento de recursos trouxeram dificuldades
978 para a realização das etapas locais e distritais. Apesar das dificuldades, as conferências foram
979 realizadas e com resultado positivo. Sobre a etapa nacional, explicou que houve dificuldades
980 na definição do local, mas a licitação já havia sido feita e o local estava em análise. Por fim,
981 agradeceu a participação dos conselheiros no processo preparatório da Conferência e nas
982 conferências locais e distritais. **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho**
983 **Pontes** concordou que a situação dos povos indígenas é complexa e concordou que é preciso
984 realizar um balanço apontando uma forma de dialogar sobre questões mais expressivas como
985 as apontadas pelos representantes indígenas. Disse que participou da conferência no Ceará e
986 salientou que é preciso trabalhar para fortalecer a articulação do SUS com o subsistema e dos
987 controles sociais. Por fim, disse que é preciso organizar os pontos centrais das conferências
988 distritais para avaliá-los, em profundidade, no Plenário e como atuar politicamente a respeito.
989 Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva** destacou, inicialmente, que a burocracia traz
990 grandes dificuldades para a vida dos humanos e, nesse sentido, salientou que a Conferência
991 deve voltar-se para necessária denúncia da violência produzida em relação aos povos
992 indígenas, inclusive com o aval do Estado Brasileiro. Sobre a saúde, disse que o CPF
993 apresentou contribuição para debate sobre adoecimento mental dos povos indígenas
994 brasileiros e a Conferência deve tratar das questões relativas à saúde mental – alto índice de
995 suicídio, alta prevalência do alcoolismo. Conselheiro **Ubiraci Matildes** disse que compreendia
996 as dificuldades enfrentadas pelos povos indígenas uma vez que eram semelhantes aos
997 enfrentados pelos quilombolas. Destacou que a saúde indígena traz questões sérias e
998 complexas e é preciso colocar a crítica no lugar correto para enfrentar os problemas.
999 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** falou da sua participação na Conferência realizada
1000 em Boa Vista (nação yanomani) e registrou como vitória a inclusão de nove mulheres na
1001 delegação desses povos. Também fez a leitura de carta de uma enfermeira de área indígena
1002 relatando os desafios e os ganhos de trabalhar com saúde indígena. No documento, a
1003 profissional afirma, entre outras questões, que, apesar das dificuldades, trabalhar com a saúde
1004 indígena é um privilégio. Conselheiro **Richarlls Martins** relatou a sua experiência em
1005 acompanhar duas conferências distritais – Xingu/Mato Grosso e Pernambuco - e fez destaques
1006 que mereceriam encaminhamentos: na etapa nacional, serão apresentadas questões além da
1007 saúde, como a demarcação de terra; dificuldade dos povos indígenas de apropriação do SUS e
1008 recusa em se reconhecer como parte do Sistema; e dificuldade de tratamento das questões de
1009 gênero. Por fim, salientou a importância de disponibilizar relatório sobre a participação nas
1010 conferências indígenas, inclusive para servir de subsídios de debate na etapa nacional.
1011 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** fez alusão ao dia mundial da saúde mental (10 de
1012 outubro) e salientou que é preciso abordar essa questão na Conferência de Saúde Indígena.
1013 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apresentou uma demanda do Distrito de Tefé
1014 dirigida ao CNS: atenção para região de Eirunepé/AM por conta da violência física contra
1015 mulheres e assassinato de criança em função do alcoolismo. Disse que encaminharia o

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

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

1136 para prepará-la, concordou com a proposta de realizar por macrorregiões. Salientou que os
 1137 Conselhos Estaduais devem engajar-se no processo e mobilizar o conjunto dos trabalhadores
 1138 para participar da Conferência. Também defendeu a inclusão de representante dos prestadores
 1139 do serviço na comissão organizadora da Conferência e no processo preparatório e a
 1140 participação da SGEF no comitê executivo para apoiar o processo. Conselheiro **Renato**
 1141 **Almeida de Barros** manifestou preocupação com a proposta de calendário das etapas da
 1142 conferência por conta do ano eleitoral (2014) e, por essa razão, defendeu a realização de todas
 1143 as etapas no primeiro semestre de 2014. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** sugeriu que
 1144 o CNS convocasse reunião com os conselhos estaduais para discutir a viabilidade da
 1145 Conferência, a fim de evitar prejuízos para as regiões. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**
 1146 **Pinheiro** defendeu a inclusão de representantes das pessoas com patologias na comissão
 1147 organizadora, considerando, inclusive, a necessidade de ampliar a discussão para além das
 1148 doenças oriundas do trabalho. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** avaliou que, diante
 1149 do cenário, a proposta de realizar as etapas locais por macrorregiões era a mais viável.
 1150 Também propôs a ampliação da comissão organizadora para contemplar mais trabalhadores.
 1151 Conselheiro **Adriano Macedo Félix** defendeu a inclusão de representante das pessoas com
 1152 patologias na comissão organizadora, lembrando, inclusive, o alto índice de trabalhadores
 1153 atingidos por doenças funcionais como a LER. Lembrou que uma patologia pode levar à
 1154 deficiência por falta de prevenção e promoção da saúde. Conselheiro **Elias José da Silva**
 1155 salientou a importância de garantir a participação do MOPS e do movimento de população de
 1156 rua no processo preparatório da Conferência. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**
 1157 reiterou a necessidade de ampliar as vagas para os trabalhadores na comissão organizadora
 1158 da Conferência, ressaltando a necessidade de tratar também da saúde dos trabalhadores da
 1159 saúde. Ratificou a preocupação com o calendário proposto tendo em vista que, em 2014, o
 1160 país sediará a copa do mundo e realizará eleições. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**
 1161 disse que é preciso discutir melhor o calendário da Conferência, lembrando, inclusive, que abril
 1162 de 2014 era o prazo para gestores e dirigentes candidatos se descompatibilizarem dos cargos.
 1163 Também manifestou preocupação com a etapa nacional porque ocorreria após a eleição para
 1164 presidente e governadores, um período de alta transição. Salientou que, primeiro, é preciso
 1165 definir o objetivo da Conferência e o público a ser atingido ao tratar de saúde do trabalhador.
 1166 Também sugeriu diminuir o número de integrantes da comissão organizadora a fim de torná-la
 1167 mais operacional e criar um comitê executivo. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares**
 1168 **dos Santos ("Santinha")** explicou que a comissão organizadora tem o papel de preparar a
 1169 Conferência, portanto, discordou da ampliação do número de integrantes. Conselheira **Marisa**
 1170 **Furia Silva** disse que é fundamental incluir um representante das pessoas com patologias na
 1171 comissão organizadora. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** também manifestou
 1172 preocupação com calendário proposto, por conta da copa do mundo e das eleições no país.
 1173 Esclareceu que o papel da comissão é organizar a Conferência e não discutir mérito, assim,
 1174 defendeu que fosse menor o número de integrantes a fim de otimizar os trabalhos. Conselheiro
 1175 **Carlos Alberto Duarte** também defendeu que a comissão organizadora seja o mais enxuta
 1176 possível e operacional. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** propôs que a composição
 1177 da comissão organizadora fosse definida segundo o critério da equidade, sem aumentar o
 1178 número de integrantes. Todavia, propôs que gestores/prestadores de servidores não fossem
 1179 computados entre os 24 integrantes, uma vez que já se encontravam em Brasília e poderiam
 1180 participar da Comissão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que a intenção do
 1181 CNS, ao realizar a Conferência, é reafirmar o processo de fortalecimento do SUS e acumular
 1182 debate para a 15ª CNS. Também defendeu que a comissão organizadora seja composta por 24
 1183 integrantes, considerando a paridade do CNS. Conselheiro **Olympio Távora Derze Correa**
 1184 explicou que a sua insatisfação devia-se a não inclusão do setor das entidades patronais da
 1185 saúde e com o fato de a saúde privada não ter sido considerada como um setor produtivo do
 1186 país, não sendo previsto seminário preparatório com o setor. Conselheiro **Geordeci Menezes**
 1187 **de Souza** sintetizou os encaminhamentos oriundos das falas para manifestação do Plenário. A
 1188 representante da SVS, Olga, salientou a importância de enviar documento aos conselhos de
 1189 saúde com instruções sobre a realização da Conferência. Conselheira **Maria do Socorro de**
 1190 **Souza**, Presidente do CNS, destacou que a SVS/MS comprometeu-se com a realização da
 1191 Conferência e sugeriu pautar o tema na próxima reunião da CIT para comprometer também os
 1192 gestores estaduais e municipais com a realização. Salientou que a tarefa maior não é discutir
 1193 mérito, mas sim mobilizar os trabalhadores para construir a conferência e comprometer os
 1194 Estados com a realização da conferência. Assim, sugeriu encaminhar, no dia 14 de outubro de
 1195 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 prós 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.** Seguindo, 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 5ª 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)
1229 comissão de formulação e relatoria – proposta: MS-Fiocruz, DIEESE, FUNDACENTRO,
1230 DIESAT, ABRASCO; e a composição de Comitê Executivo com as seguintes indicações:
1231 CNS, DAGEP e SVS; formato das conferências locais – aprovada a realização dessas
1232 conferências na forma de macrorregionais. Além disso, o Plenário orientou os
1233 conselheiros nacionais a dialogar com os conselhos estaduais sobre a importância de
1234 realizar as conferências estaduais. Por fim, o Plenário aprovou, com uma abstenção, a
1235 realização de mais um seminário temático (sete, no total), para atender o setor privado
1236 de serviços de saúde. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de
1237 reunião. Retomando, a mesa foi recomposta para apresentação da proposta de calendário para
1238 realização da 4ª CNST. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a proposta do
1239 GT era a seguinte: 2ª quinzena de dezembro de 2013 – abertura via web – teleconferência e
1240 seminário preparatório com setores produtivos; etapa local (96 por macrorregiões): fevereiro e
1241 março de 2014; etapa estadual: abril de 2014; e nacional – 2ª quinzena de maio de 2014. Após
1242 a apresentação, houve algumas manifestações, na maioria, contrárias à proposta de
1243 calendário, por considerá-la inviável. Não havendo consenso, conselheiro **Geordeci Menezes**
1244 **de Souza** colocou em apreciação as duas propostas de calendário: **1) Original: 13 e 14 de**
1245 **dezembro de 2013 – reunião preparatória com as centrais sindicais; 4 e 5 de fevereiro de 2014**
1246 **– seminário preparatório da 4ª CNST - setores produtivos; etapa local – até 31 de maio; etapa**
1247 **estadual - até 30 de junho; etapa nacional – novembro. 2) elaborada pelo GT: 2ª quinzena de**
1248 **dezembro de 2013 – abertura via web – teleconferência e seminário preparatório com setores**
1249 **produtivos; etapa local (96 por macrorregiões): fevereiro e março de 2014; etapa estadual: abril**
1250 **de 2014; e nacional – 2ª quinzena de maio de 2014. Aprovada, por maioria, a proposta**
1251 **original: 13 e 14 de dezembro de 2013 – reunião preparatória com as centrais sindicais;**
1252 **Local – até 31 de maio de 2014; Estadual – até 30 de junho de 2014; Nacional – novembro**
1253 **de 2014. Acordou-se ainda que no dia 14 de outubro de 2013 seria encaminhada**
1254 **orientação aos Estados para realização da Conferência conforme o calendário aprovado.**
1255 **Com essa definição, a mesa encerrou esse ponto.** Na sequência, conselheiro **Luís Eugênio**

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

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

CNS, retomar o plano para debate de questões específicas – Programa mais Médicos e carreiras. Na sequência, submeteu à apreciação do Plenário os pareceres elaborados pela CIRH: 1) Referência: Processo nº 201206290. Interessado: Faculdade de Pará de Minas. Curso: Autorização de curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 2) Referência: Processo nº 201111465. Interessado: Faculdade Pan-americana de Ji-Paraná. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 3) Referência: Processo nº 201105345. Interessado: Faculdades Integradas do Vale do Ribeira. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 4) Referência: Processo nº 201110846. Interessado: Universidade do Vale do Rio dos Sinos/RS. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 5) Referência: Processo nº 201010221. Interessado: Universidade Paranaense. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. 6) Referência: Processo nº 201206779. Interessado: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Curso: Autorização do curso de Medicina. Parecer: satisfatório. 7) Referência: Processo nº 201208956. Interessado: Centro Universitário FACVEST. Curso: Autorização do curso de Odontologia. Parecer: insatisfatório. 8) Referência: Processo nº 201209628. Interessado: Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Parecer: insatisfatório. No caso dos cursos de psicologia, explicou que os pareceres foram insatisfatórios porque, em geral, solicitam muitas vagas em regiões onde há um grande número de faculdades de psicologia. O resultado seria um número grande de psicólogos para o mercado e para a população. Em relação à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, disse que o parecer foi satisfatório à autorização do curso de Medicina que prevê 60 vagas, por conta da necessidade social da região. Por fim, informou que a conselheira Ivone Evangelista Cabral e o conselheiro José Eri de Medeiros visitariam o Vale do Araguaia para avaliação de duas instituições de ensino (abertura de cursos de psicologia e odontologia). Conselheiro **Edmundo Omere** dispôs-se a acompanhar a visita na condição de usuário. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** sugeriu que a CIRH aprofunde o debate sobre a possibilidade de incluir também como critério de análise de processos a relação número de profissionais, necessidade, municípios. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou se as instituições sempre apresentam documento comprovando a participação dos gestores na construção do projeto. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** disse que a relação da universidade com o gestor público municipal e estadual não é o centro da pesquisa do INEP, tratando-se de uma necessidade de avaliação do CNS. Também disse que a empregabilidade é um dos pontos do bloco de gestão do trabalho para aprofundar o debate.

Deliberação: aprovados os oito pareceres elaborados pela CIRH. ITEM 8 - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP – INFORME - Apresentação: conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O coordenador da CONEP fez um breve informe sobre o processo eleitoral que ocorrerá no mês de novembro. Explicou que foi feita comunicação aos CEP e a Comissão recebeu 210 candidaturas de Comitês para participar do processo eleitoral (de 157 CEP distintos). Para análise dos currículos dos candidatos, disse que foi constituída comissão formada por representantes da CONEP e do DECIT e elaborada nota técnica disponibilizada aos conselheiros, com cópia da documentação dos Comitês. Acrescentou que o Grupo debateu a importância da distribuição por região e acordou-se que seriam incluídos dois membros das regiões menos desenvolvidas, sendo assim a proposta: 9 para o Sudeste, 5 para o Sul, 4 para o Nordeste, 2 para o Centro-Oeste e 2 para o Norte. Das vagas de indicações dos CEP, explicou que deveriam ser eleitos onze representantes; dois suplentes; e um nome para substituir o professor Aníbal Gil Lopes que renunciou ao mandato. Portanto, a proposta do GT era eleger 12 membros titulares (um para substituir o professor Aníbal Gil Lopes, com mandato menor); e dois para suplentes. Explicou que, após análise, o GT propôs os seguintes nomes para ocupar as onze vagas destinadas aos CEP: Edna Ferreira Coelho Galvão, educadora física, doutora em educação, Estado do Pará; Aldaíza Marcos Ribeiro, médica infectologista, pediatra, Estado do Ceará; Marie Togashi, nutricionista, pós-doc em biologia e nutrição, Distrito Federal; Silvia Mara Maloso Tronconi, enfermeira, especialista em enfermagem, Estado do Goiás; Antônio Hugo Campos, médico patologista, Estado de São Paulo; Ângela Fernandes Escher Moritz, cientista social, doutora em saúde pública, Estado do Rio de Janeiro; Pedro Carlos Stelian, dentista e representante dos usuários, Estado de São Paulo; José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani, médico oncologista, doutor em oncologia, Estado de São Paulo; Fernando Batigalia, médico, Estado de São Paulo (mandato de 2 anos, em substituição ao membro Aníbal Gil Lopes que saiu da Comissão); Maria Cristina Paganini, 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 Silva 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 substituíria 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

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

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

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

1676 ainda que tardiamente, o cumprimento da aplicação mínima constitucional e legal em ações e
1677 serviços de saúde, em respeito ao que foi justificado pelo MS quando da prestação de contas
1678 ao Conselho Nacional de Saúde em anos anteriores com base nos valores empenhados.
1679 Ressaltou, contudo, que já ocorreram cancelamentos de Restos a Pagar desde a vigência da
1680 Emenda Constitucional 29/2000, o que ensejou representação do Ministério Público para
1681 compensação parcial dos valores cancelados, o que ainda não ocorreu em função do recurso
1682 apresentado pela AGU ao Poder Judiciário. No que se refere ao acompanhamento mensal da
1683 receita própria, explicou que o CNS apresentou em diversas oportunidades, inclusive como
1684 ressalvas nas análises dos Relatórios de Gestão em diversos exercícios, a posição de que o
1685 valor das receitas próprias do Ministério da Saúde deveria representar um acréscimo de
1686 aplicação em relação ao mínimo constitucional e legal estabelecido. Sem essa providência,
1687 ocorre uma espécie de “retroalimentação” do processo de financiamento ou uma “dupla
1688 contagem” de valores aplicados. Disse que as receitas próprias arrecadadas até 30/04/2013
1689 totalizaram 1,839 bilhão, sendo que, desse total, a arrecadação do DPVAT foi de R\$ 1,587
1690 bilhão. O entendimento da COFIN/CNS e do CNS sobre esse tema em oportunidades
1691 anteriores é de que os valores das receitas próprias sejam consideradas aplicações adicionais
1692 em relação ao valor mínimo considerado para o cumprimento da aplicação constitucional/legal
1693 em ações e serviços públicos de saúde. No que se refere a esse item, explicou que a proposta
1694 de encaminhamento da COFIN/CNS é propor à Presidenta da República que a área econômica
1695 do Governo Federal adote medidas para que as dotações orçamentárias do Ministério da
1696 Saúde sejam suplementadas em 2013 no valor de R\$ 4,196 bilhões, referente à estimativa de
1697 arrecadação das receitas próprias do MS, evitando-se com isso a ocorrência de “dupla
1698 contagem” dos valores aplicados, em cumprimento ao que disciplina a Lei Complementar
1699 141/2012. No que diz respeito ao desembolso financeiro – Fundo a Fundo (por Bloco), explicou
1700 que as transferências Fundo a Fundo totalizaram R\$ 14,034 bilhões com a seguinte
1701 distribuição regional: Norte: 8%; Nordeste: 30%; Sudeste: 40%; Sul: 15%; e Centro Oeste: 7%.
1702 Acrescentou que os Estados que mais receberam recursos nesse período (juntos, totalizaram
1703 mais de 2/3 das transferências) foram: a) São Paulo (R\$ 2,848 bilhões), b) Minas Gerais (R\$
1704 1,466 bilhão), c) Rio de Janeiro (R\$ 1,108 bilhão), d) Bahia (R\$ 1,013 bilhão), e) Paraná (R\$
1705 0,824 bilhões), f) Pernambuco (R\$ 0,803 bilhões), g) Rio Grande do Sul (R\$ 0,758 bilhões) e h)
1706 Ceará (R\$ 0,650 bilhões). Dessa transferência de R\$ 14,034 bilhões, disse que os Estados de
1707 São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro (Região Sudeste) receberam juntos
1708 aproximadamente 40%. Mais de 2/3 das transferências destinaram-se ao financiamento da
1709 Média e Alta Complexidade (MAC) e 23% à Atenção Básica (AB). Sobre a transferência a
1710 Estados – Liquidado por Modalidade de Aplicação - Execução por Modalidade de Aplicação -
1711 30/31/40/41, explicou que as transferências aos Estados e Municípios ocorreram nas
1712 modalidades Convênial e Fundo a Fundo, esta representando 99,9% do total, em consonância
1713 com as exigências da Lei Complementar 141/2012. Do total transferido, pelo conceito de
1714 despesa paga, 70,2% destinaram-se aos municípios e 29,8% aos Estados. Salientou que um
1715 aspecto preocupante é o baixo nível de liquidação dessas despesas de transferências: apenas
1716 21,7%, classificado como “regular” segundo o critério do CNS. Para ser classificado como
1717 “adequado”, o valor liquidado deveria ter sido R\$ 15,616 bilhões, ou seja, cerca de R\$ 2,0
1718 bilhões a mais em comparação à despesa liquidada no período de R\$ 13,556 bilhões. No que
1719 se refere a esse item, disse que a proposta de encaminhamento da COFIN/CNS é verificar com
1720 a SPO/MS a divergência de valores (cerca de R\$ 500 milhões) das Transferências Fundo a
1721 Fundo nas páginas 26 e 27. Sobre a oferta e produção de serviços – Rede própria e GHC,
1722 explicou que as informações sobre o 1º quadrimestre/2013 não vieram acompanhadas de
1723 nenhuma análise qualitativa, nem de referência de comparação quantitativa em relação ao
1724 mesmo período de 2012. A esse respeito, disse que a proposta de encaminhamento da
1725 COFIN/CNS é solicitar a SPO/MS que as informações quantitativas sejam comparadas com o
1726 mesmo período do ano anterior e quadrimestre imediatamente anterior, bem como sejam
1727 acompanhadas de uma análise qualitativa dessa produção. No que se refere aos indicadores,
1728 disse que alguns índices apresentados necessitam de esclarecimentos, sendo que a
1729 COFIN/CNS decidiu não fazer isso nesta oportunidade pelo fato de que a análise do RPCQ do
1730 2º Quadrimestre de 2013 será feita na próxima reunião de 17 de outubro. Assim sendo, esses
1731 esclarecimentos poderão ser desnecessários como decorrência da execução de mais um
1732 quadrimestre, enquanto outros novos poderão ocorrer. Por isso, esta matéria será apresentada
1733 pela COFIN/CNS na próxima reunião plenária do CNS, que ocorrerá no início de
1734 novembro/2013. Sobre a análise do Cumprimento dos Objetivos Estratégicos do MS, disse que
1735 a COFIN/CNS decidiu avaliar o cumprimento das metas quando da análise do Relatório de

Prestação de Contas do 2º Quadrimestre/2013, que ocorrerá na reunião de 17 de outubro de 2013, para apreciação do plenário do CNS na reunião de novembro/2013, tendo em vista que houve revisão das metas estabelecidas na Programação Anual de Saúde de 2013 em julho/2013. Considerando essa revisão, não há compatibilidade entre os índices apresentados no RPCQ do 1º Quadrimestre/2013 e as metas estabelecidas para o ano de 2013, o que exigiria retornar às metas da PAS antes da citada revisão, o que não teria mais nenhum sentido neste momento. Assim sendo, na análise do RPCQ do 2º Quadrimestre de 2013, a avaliação do cumprimento dos índices será feita com base nos valores revisados em julho/2013. Por fim, explicou que o DENASUS apresentou o relatório-síntese das atividades realizadas no 1º Quadrimestre/2013 nos termos solicitados anteriormente pela COFIN/CNS e pelo CNS, a saber: atividades realizadas por tipo de controle (página 94), atividades encerradas por objeto – bloco de financiamento (página 94) e classificação das constatações das ações de controle. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez referência ao demonstrativo da execução orçamentária e financeira para solicitar maiores esclarecimentos sobre o empenho em investimento. O assessor da COFIN, **Francisco Rozsa Funcia**, explicou que na avaliação da execução relativa ao segundo quadrimestre será possível avaliar com mais previsão o empenho em investimento, porque a execução do primeiro quadrimestre ficou prejudicada pelo atraso na votação do orçamento. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que fosse divulgada uma nota de esclarecimento sobre os motivos do atraso na análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do MS. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** perguntou quando o CNS deixará de recomendar e tratará o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do MS de outra maneira. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu que seria na análise do Relatório Anual de Gestão, em que o CNS poderia aprovar ou reprovar esse instrumento. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** cumprimentou a apresentação, mas disse que não sentia em condições de manifestar-se sobre o relatório porque não pôde analisá-lo com antecedência. Também sugeriu que as recomendações sejam acompanhadas de esclarecimentos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou qual a expectativa de retorno em relação às recomendações sobre o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral. O assessor da COFIN, **Francisco Rozsa Funcia**, explicou que o Poder Executivo, por conta da Lei nº. 141/2012, não poderá mais ficar omissa. Feitos esses esclarecimentos, o coordenador da COFIN colocou em apreciação o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde. **Deliberação: aprovado o relatório da COFIN com a análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde de 2013.** Em seguida, conselheiro **Clóvis Bouffleur**, apresentou a seguinte proposta de critério de distribuição das vagas de delegados nacionais para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a serem definidas pelo CNS: 1) *Usuários*: 68 vagas, sendo: a) 27 de Conselhos Estaduais de Saúde; b) 24 do CNS; e c) 17 de organizações indígenas. 2) Trabalhadores da saúde: 34 vagas, sendo: 27 de Conselhos Estaduais; e 7 indicados pelo FENTAS. 3) Gestores/prestadores de serviço: 34 vagas. Lembrou que o Plenário deveria definir o critério naquela reunião por conta dos prazos. Além disso, salientou que, conforme o Regimento Interno da Conferência, os nomes deverão ser indicados, impreterivelmente, até o dia 15 de outubro de 2013. Após a apresentação da proposta, conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** manifestou preocupação com a votação da proposta naquele momento, porque necessitaria consultar os integrantes do FENTAS sobre a proposição. Diante dessa fala, os integrantes da comissão organizadora da Conferência presentes justificaram a necessidade de definir os critérios para indicação naquela reunião. **Deliberação: aprovada a proposta de distribuição das vagas de delegados nacionais para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a serem definidas pelo CNS. Os nomes deverão ser indicados, impreterivelmente, até o dia 15 de outubro de 2013. A Secretaria Executiva do CNS contataria os conselhos estaduais para solicitar a indicação de nomes no prazo definido.** Por fim, Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que os integrantes da Comissão Organizadora participariam da Conferência enquanto Comissão e também poderiam participar como delegado (esse critério aplica-se aos integrantes das demais comissões da Conferência). Em seguida, conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, apresentou duas minutas para deliberação do Plenário. A primeira minuta recomenda à Presidente da República que veto o artigo 19 da MPV nº. 619-A/Projeto de Lei de Conversão nº 25/2013, que contempla, no seu artigo 19, uma alteração na Lei nº 9.718 de 1998, permitindo que as operadoras de planos de assistência à saúde deduzam da base de cálculo da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS os custos assistenciais com clientes. **Deliberação: aprovada a recomendação. Foi solicitado ainda 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 249ª 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)** 10ª 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 251ª 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 SGE/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 Benvenutti;** 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 250ª Reunião Ordinária. Estiveram presentes os

1856 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva**,
1857 Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de
1858 Saúde (CEBES); **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC); **Carlos Alberto**
1859 **Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Cleoneide Paulo Oliveira**
1860 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis**
1861 **A. Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de**
1862 **Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi**
1863 **Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci**
1864 **M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de
1865 Odontologia – CFO; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1866 Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
1867 (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde
1868 Indígena; **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais
1869 em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1870 Ostomizados (ABRASO); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional
1871 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**,
1872 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**,
1873 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação
1874 Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
1875 (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio**
1876 **Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
1877 Serviços – CNS; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
1878 Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1879 Farmacêuticos (FENAFAR); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia –
1880 CFP; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan**
1881 **Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga
1882 Brasileira de Lésbicas; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome
1883 de Down. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes
1884 Reumáticos – ANAPAR; **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social-
1885 CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
1886 Serviços e Turismo; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições
1887 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **André Luiz de Oliveira**, Conferência
1888 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de
1889 Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Bartíria Perpétua da Costa**, Confederação Nacional das
1890 Associações de Moradores – CONAM; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de
1891 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior
1892 Públicas do Brasil - FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Elias**
1893 **José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Fernanda Benvenutty da Silva**,
1894 Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**,
1895 Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Clarice Baldotto**, Associação de
1896 Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Fátima Aparecida Rampin**, Ministério da Previdência Social;
1897 **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Gilene**
1898 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos
1899 (SINTAPI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho
1900 Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José**
1901 **Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José**
1902 **Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
1903 **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional
1904 dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
1905 Trabalhadores - NCST; **Jouhanna Menegaz**, Associação Brasileira Rede Unida Associação
1906 Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional
1907 dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**,
1908 Movimento Nacional da População de Rua – MNPR; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho
1909 Federal de Biologia – CFBlo; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária
1910 – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; e
1911 **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS.