



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete dias do mês de novembro de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: 1) fazer um balanço da Política de Atenção Básica nos 25 anos do SUS e o Programa + Médicos e a Assistência Farmacêutica; 2) lançar a campanha de fortalecimento dos conselhos de saúde e mobilização dos 25 anos de SUS; 3) eleger novos membros da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS; 4) deliberar sobre a proposta de organização da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; 5) deliberar sobre os pareceres e encaminhamentos da CIRH e COFIN; e 6) deliberar sobre o planejamento das Comissões do CNS. Iniciando, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, cumprimentou os presentes e os internautas que acompanham a reunião em tempo real. Como primeiro item da reunião, apresentou a proposta de pauta, comunicando o adiamento do item “Revisão da Política de Promoção da Saúde” por conta da impossibilidade de participação da Secretaria de Vigilância Sanitária. **Deliberação: a pauta foi aprovada com a inclusão de informe sobre o documento do grupo das filiadas da FARBRA, dirigido ao Ministro de Estado da Saúde, sobre a RDC nº. 154, que regulamenta os serviços de diálise no país e as diretrizes de cuidados ao paciente renal (solicitação da conselheira Rosângela Santos).** Além disso, conselheiro **Richarlls Martins** apresentou a demanda do Fórum de Usuários de pautar a saúde da população negra como tema do mês na reunião ordinária do CNS do mês de dezembro. **Em seguida, o coordenador da mesa colocou em votação a ata da 250ª Reunião Ordinária do CNS, que foi aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, o coordenador da mesa explicou que o Plenário deveria eleger a comissão eleitoral da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, conforme prevê a Resolução nº. 446/2011: “Art. 6º O CNS indicará comissão eleitoral paritária entre seus segmentos, para conclusão do Processo Eleitoral da CONEP/CNS/MS. Art. 7º Dentre as escolhas do Pleno do CNS para compor a CONEP será assegurada a indicação de 2 (dois) membros representando a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, 2 (dois) conselheiros(as) do segmento de trabalhadores e 4 (quatro) conselheiros(as) do segmento de usuários. Parágrafo único. A CONEP/CNS/MS poderá contar também com consultores e membros “ad hoc”, como convidados a participar de suas reuniões, de acordo com as temáticas em pauta. Art. 8º O mandato dos membros da CONEP/CNS/MS será de quatro anos, com renovação alternada a cada dois anos, de quinze de seus membros titulares e dois ou três dos seus membros suplentes. Os membros da CONEP - Conselheiros Nacionais de Saúde – indicados pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS terão seu mandato de acordo com o art.7º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2011.” Conselheiro **Nelson Mussolini** solicitou que fosse consignado em ata que paridade significa contemplar os quatro segmentos que compõem o CNS: usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços. **Foram indicados para compor a comissão eleitoral da CONEP: conselheiro Jorge Alves Venâncio; conselheiro Nelson Mussolini; conselheira Verônica Lourenço da Silva; e conselheira Eurídice Ferreira de Almeida. As inscrições dos candidatos deveriam ser feitas na Secretaria Executiva do CNS. ITEM 2 – TEMA DO MÊS – BALANÇO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA NOS 25 ANOS DO SUS, O PROGRAMA + MÉDICOS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - Apresentação: Heider Aurélio Pinto, diretor do Departamento de Atenção Básica - DEGES/SGTES; Carlos Augusto Grabois Gadelha, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE; Mozart Júlio Tabosa Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGTES. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, da Mesa Diretora do CNS.** Iniciando, o coordenador da mesa explicando que a intenção era debater o Programa mais Médicos no contexto da Política de Atenção Básica e da assistência farmacêutica. Além disso, salientou que, diante das novas iniciativas estruturantes da atenção básica, o Plenário deveria atualizar a Resolução nº. 439/2011, que trata da estruturação e financiamento da atenção básica. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** solicitou que fosse disponibilizada, para servir de subsídio ao debate, a Resolução nº. 468/2013, que determina, nas três esferas de governo do SUS, a garantia do direito de todas as pessoas à assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de

59 modo resolutivo, com a oferta de todos os medicamentos prescritos no SUS, órteses e próteses, com
60 vigilância do tratamento. Após essas considerações, foi aberta a palavra aos expositores para
61 explanação sobre o tema. O primeiro expositor foi o diretor do DAB/SGTES, **Heider Aurélio Pinto**, que
62 fez uma fala sobre a reformulação da Política de Atenção Básica, explicando que esse processo teve
63 como subsídio, entre outros, a Resolução do CNS n°. 439/2011, que apontou, entre outros pontos, a
64 necessidade de mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos
65 financeiros para a atenção básica, especialmente nas esferas federal e estadual. Explicou que a nova
66 proposta foi constituída a partir de nós críticos identificados no Sistema – financiamento, problemas de
67 infraestrutura, acesso à informatização. No que se refere ao financiamento, destacou que, nos últimos
68 anos, a participação do governo federal no financiamento da atenção básica diminuiu e um estudo do
69 IPEA apontou que, em 2010, de todo o gasto em atenção básica o Ministério da Saúde foi responsável
70 por 33%, os Estados por 8% e o restante ficou sob a responsabilidade dos municípios. Nesse sentido,
71 salientou que o primeiro nó crítico apontava para a necessidade de ampliar o financiamento da atenção
72 básica. Em relação aos problemas de infraestrutura, explicou que estudo realizado em 2011 apontou
73 que quase 50% das unidades básicas não possuíam nem mesmo o tamanho definido pela ANVISA.
74 Salientou, ainda, que foram identificados outros problemas que necessitavam ser enfrentados como
75 pouco uso da informação (serviços não informatizados), dificuldade de acesso aos serviços e
76 qualidade dos serviços. Em relação ao financiamento, disse que houve mudança no desenho e o PAB
77 Fixo passou a ter um componente de equidade. Assim, passarão a ter um *per capita* maior os
78 municípios com maior percentual de população em extrema pobreza, com menor PIB per capita e
79 menor densidade demográfica. Detalhou que os municípios foram divididos em 4 grupos, o primeiro,
80 que representa 70% dos municípios, teve aumento no PAB Fixo de R\$ 18, em 2010, para R\$ 28, em
81 2013; o segundo grupo, contemplando 30% dos municípios, teve aumento de R\$ 18 para R\$ 26; 7%
82 dos municípios de R\$ 18 para R\$ 24; e os 140 municípios mais ricos do país (menos de 3%) tiveram
83 aumento de R\$ 18 para R\$ 23. Todavia, disse que o maior aumento foi no PAB variável que incorporou
84 o componente de qualidade, incorporando padrões de acesso e qualidade (relativo ao Programa
85 Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ). Explicou que, em 2010,
86 o MS repassou R\$ 9,7 bilhões aos municípios para serem aplicados na atenção básica e, em 2013, a
87 expectativa, considerando os investimentos relativos ao Programa de Requalificação das Unidades
88 Básicas, é repassar R\$ 16,2 bilhões, o que representa 76% de aumento. Acrescentou que, ao
89 considerar a proposta enviada como PL ao Congresso Nacional, a expectativa é de 100% de aumento.
90 Disse que os dados do IPEA apontaram que o custeio da atenção básica, pelo governo federal,
91 aumentará de 32%, em 2010, para 46,% em 2014. Seguindo, disse que, para enfrentar os problemas
92 de infraestrutura, foi criado o Programa de Requalificação das Unidades Básicas. Explicou que
93 pesquisa realizada pela Ouvidoria mostrou que 87% da população mora próxima à unidade de saúde
94 (a menos de meia hora), portanto, é preciso qualificar a unidade básica de saúde e garantir estrutura
95 adequada para o funcionamento do serviço com qualidade. Disse que os investimentos do Programa
96 chegam a R\$ 5,5 bilhões para construção de 10 mil novas unidades de saúde, sendo que 57% serão
97 construídas em novo padrão; reforma de 9 mil; e ampliação de 8 mil unidades básica de saúde (são 27
98 mil intervenções, 17 em unidades que existem e construção de 10 mil novas). Do ponto de vista do
99 acesso à informatização, explicou que foi realizado movimento, com recursos de várias unidades do
100 MS, para financiar equipamentos para unidades básicas. Detalhou que os maiores foram para garantir
101 sistema novo que integra as informações dos usuários – Sistema de Integração da Atenção Básica -
102 ferramenta: E-Sus (gratuito); para garantir banda larga às unidades básicas de saúde que participam
103 do PMAQ; elevar a conectividade e custear banda larga. Sobre acesso e qualidade, disse que foi
104 necessário realizar um movimento de adequação à realidade do país e o PMAQ estabeleceu 700
105 padrões e os municípios fizeram adesão, de acordo com as suas necessidades (as equipes também
106 deverão fazer adesão). Disse que o Programa possibilitava aos gestores, trabalhadores e usuários
107 dialogarem e priorizarem, dentro dos 700 padrões de qualidade, os mais importantes para aquele local.
108 Destacou que 4000 mil municípios fizeram adesão no primeiro ciclo e mais de 5 mil no segundo ciclo.
109 Salientou que, entre outras ações para estruturar a gestão, o PMAQ irá repassar R\$ 1,5 bilhão e o
110 Fundo Municipal de Saúde pode até dobrar o repasse para a equipe com boa avaliação. Além disso,
111 disse que as ações reafirmam a atenção básica em uma perspectiva multiprofissional. Nessa lógica,
112 citou a universalização dos NASFs, explicando que hoje são mais de 5 mil municípios com Núcleos.
113 Também destacou que as novas equipes – ribeirinhas, UBS fluviais e consultórios na rede – são
114 necessariamente multiprofissionais e a atenção domiciliar (Programa Melhor em Casa) também é
115 composta por equipes multiprofissionais. Acrescentou que foram implantadas 280 equipes de atenção
116 domiciliar, além de 150 equipes de apoio. Finalizando, disse que foi feito movimento para adequar a
117 realidade da atenção básica à diversidade do país voltado à ampliação do acesso, aumento do
118 financiamento e melhoria da qualidade e garantia de atenção básica multiprofissional. Salientou que é
119 importante aproximar o CNS da agenda do PMAQ; assegurar a participação do controle social em
120 diálogo com as equipes para participar da definição de prioridades do Programa; e acompanhar os
121 recursos do Programa via internet. Em seguida, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos
122 Estratégicos – SCTIE, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, fez uma fala sobre a assistência

123 farmacêutica no contexto do Programa mais Médicos e do Programa Nacional de Qualificação da
124 Assistência Farmacêutica no SUS – QUALIFAR-SUS. Iniciou manifestando satisfação com o fato de o
125 CNS ter eleito o eixo da “ciência e tecnologia em saúde e desenvolvimento” como uma das suas
126 diretrizes prioritárias. Salientou que essa é uma decisão de extrema importância porque o país que não
127 avançar em ciência e tecnologia e não gerar conhecimento será um país escravo. Explicou que a ação
128 da Secretaria estrutura-se nas seguintes dimensões: aumento expressivo do poder de compra com
129 utilização do mercado brasileiro como patrimônio nacional a favor do povo brasileiro e da autonomia –
130 investimento do Ministério da Saúde em prol do desenvolvimento interno; avanço na pesquisa para dar
131 rumo ao SUS – mais de 10 editais pautados pelas demandas do SUS; e incorporação tecnológica – o
132 Ministério da Saúde triplicou a incorporação nos últimos 2 anos. Disse que nesse conjunto de políticas
133 a assistência farmacêutica no SUS passa a ser um ponto central que visa contribuir com a saúde do
134 cidadão, utilizando o produto em favor das ações da saúde. Nessa linha, destacou que foi criada
135 estratégia para qualificar a assistência farmacêutica e foram eleitas três macro prioridades:
136 desenvolver uma base produtiva no país que seja favorável ao sistema universal; política para geração
137 de conhecimentos e pesquisas em saúde que atendam o perfil de profissionais de saúde – 1º edital de
138 política de saúde no braço da inovação em parceria com o MCT; e assistência farmacêutica no SUS na
139 dimensão estruturante e articulação com o Programa mais Médicos. Feito esse panorama, explicou
140 que o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS – QUALIFAR-SUS foi
141 instituído em 2012 e tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e
142 integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde,
143 visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. Detalhou que o
144 Programa possui quatro eixos - estrutura, educação, informação e cuidado – e passou a tratar de cada
145 um deles. Em relação ao eixo estrutura, destacou a transferência de recurso financeiro para a
146 estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica para municípios do Plano Brasil Sem
147 Miséria com até 100.000 mil habitantes (2.257). Destacou ainda o diálogo com o Programa de
148 Qualificação das UBS, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, Sistema Nacional
149 de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS. Com foco no Programa Brasil sem Miséria,
150 detalhou que os investimentos foram os seguintes: em 2012, 453 municípios apoiados (7.487.561
151 hab.): R\$ 17 milhões; em 213, 906 municípios (14.716.928 hab.): R\$ 44 milhões; e, em 2104, a meta é
152 1.580 municípios (pop. a definir): R\$ 63 milhões; e, em 2015, a meta é 2.257 municípios (pop. a
153 definir). Disse que a maioria dos municípios qualificados no Programa Qualifar SUS concentra-se no
154 Nordeste. Destacou que os recursos são repassados Fundo a Fundo (Recurso Capital e Recurso
155 Custeio), contemplando 906 municípios, na ordem de R\$ 44.913.600,00. No que se refere ao eixo
156 informação, salientou que são 1.139 municípios utilizando o HÓRUS e foi assinado termo de adesão
157 com quase metade dos municípios do país (2.489). Em relação ao Programa mais Médicos, detalhou
158 que foram desenvolvidas as seguintes ações: Painel de monitoramento de estoque dos municípios;
159 338 kits emergenciais de medicamentos FIOCRUZ; capacitação dos profissionais sobre AF no SUS; e
160 desenvolvimento de aplicativo. No que se refere à assistência farmacêutica no Programa mais
161 Médicos, destacou o envio do kit emergencial, condicionado ao monitoramento do estoque por meio
162 de: HÓRUS, PMAQ, Formulário DAB e Formulário supervisor SGTES. Explicou que 20 estados que
163 aderiram ao Programa mais Médicos iniciaram processo de capacitação - AC, AM, PA, RR, TO, AL,
164 BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN, GO, MS, ES, MG, RJ, SP, PR – com abordagem dos seguintes assuntos:
165 componentes da Assistência Farmacêutica; regras sobre prescrição de medicamentos no SUS;
166 RENAME; FTN; Fitoterapia; e Farmácia Popular. Também informou que o Programa Farmácia Popular
167 atendeu, em setembro de 2013, 13.810 pacientes com receitas de médicos cadastrados no Programa
168 Mais Médicos. Frisou tratar-se de uma Política de Estado de direito avançando na dimensão do acesso
169 à saúde. Nessa linha, informou que foi lançada pesquisa sobre o uso de medicamentos, que envolve
170 40 mil domicílios, com a intenção de obter uma radiografia sobre o uso racional de medicamentos no
171 país. Ressaltou, inclusive, que a função da Secretaria é garantir uma assistência qualificada e o
172 cuidado à saúde. Por fim, frisou que a articulação do Programa com o mais Médico possibilita
173 fortalecer a dimensão estrutural da Política de Ciência, Tecnologia e Inovação do MS. Em seguida, o
174 Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGTES, **Mozart Júlio Tabosa Sales**,
175 fez uma apresentação sobre o Programa mais Médicos (Lei nº. 12.871/2013) no contexto da Política
176 da Atenção Básica. Iniciou agradecendo o apoio do CONASS e do CONASEMS no sentido de
177 estruturar e organizar o Programa e a moção de apoio do CNS ao Programa. Antes de iniciar a
178 apresentação sobre o tema da pauta, informou que a intenção é realizar agendas com os conselhos
179 das profissões de saúde para analisar a situação das demais profissões - mercado de trabalho,
180 aparelho formador, absorção pelo mercado de trabalho - no sentido de definir políticas para garantir a
181 formação adequada, inclusive considerando as necessidades do SUS. Iniciou a explanação explicando
182 que a Atenção Básica é priorizada e contemplada pelo Programa mais Médicos nos seus objetivos, em
183 diversos aspectos da Lei nº. 12.871/2013 - Graduação/Residência/Abertura de cursos de graduação;
184 no Edital MEC de pré-seleção dos Municípios para o funcionamento de curso de graduação em
185 Medicina; e na distribuição de médicos do Projeto Mais Médicos para a atenção básica. Detalhou que
186 são objetivos do Programa, entre outros: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o

187 SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços
188 na atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior
189 experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do
190 médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a
191 realidade da saúde da população brasileira; e aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas
192 de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS. Explicou que, conforme a Lei nº.
193 12.871/2013, o Ministério da Saúde passa a ser responsável pela emissão dos registros dos
194 estrangeiros e a fiscalização continua a ser feita pelos Conselhos Regionais de Medicina. Ainda nos
195 termos da Lei, detalhou que: após os três primeiros anos de participação no programa, o médico
196 estrangeiro deverá fazer o exame de revalidação de diploma, o Revalida; 30% da carga horária do
197 internato na graduação será em Atenção Básica e Urgência e Emergência no SUS; Universalização
198 dos Programas de Residência Médica - Especialização apenas por meio da residência (2018); e
199 graduados em Medicina terão de fazer de 1 a 2 anos de residência em Medicina Geral de Família e
200 Comunidade para ingressar nas demais especializações. Detalhou ainda os seguintes dispositivos da
201 Lei nº 12.871/2013: a Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades
202 médicas do Brasil; as certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de
203 Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do SUS; as
204 instituições deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas,
205 com vistas a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública;
206 entidades ou associações médicas que ofertam cursos de especialização, não caracterizados como
207 residência médica, encaminharão a relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério
208 da Saúde. Ademais, disse que a nova lei define que as Bolsas de Residência em Medicina Geral de
209 Família e Comunidade poderão receber complementação financeira; avaliação específica para curso
210 de graduação em medicina (a cada 2 anos) e programas de residência médica (anual). Dois anos para
211 implementação; concessão de bolsa para atividades de preceptoría nas ações de formação em serviço
212 nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação
213 superior ou pelo Ministério da Saúde; e o primeiro módulo (acolhimento) terá duração de 4 semanas,
214 na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 horas. Detalhou que a Lei nº.
215 12.871/2013 determina ainda aperfeiçoamento dos médicos participantes mediante oferta de curso de
216 especialização em atenção básica com atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão
217 componente assistencial mediante integração ensino-serviço. Além disso, define que médico de
218 instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, que participar integralmente
219 das atividades do Programa Mais Médicos por pelo menos 1 ano, receberá pontuação adicional de
220 10% na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de
221 Residência Médica. Também destacou que será feito chamamento público para abertura de curso de
222 graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada. Detalhou que na pré-seleção
223 dos Municípios será considerada, no âmbito da região de saúde: a relevância e a necessidade social
224 da oferta de curso de Medicina; e a existência de equipamentos públicos adequados e suficientes para
225 a oferta do curso de Medicina - no mínimo: atenção básica; urgência e emergência; atenção
226 psicossocial; ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Nos termos do Edital nº 3,
227 de 22 de outubro de 2013, primeiro edital de pré-seleção de municípios, para implantação de curso de
228 graduação em medicina por instituição de educação superior privada, são condições de participação:
229 relação vaga em curso de medicina por dez mil habitantes igual ou inferior a 1,5 considerando,
230 inclusive, as IES integrantes do Sistema Estadual de Ensino; relação médicos por mil habitantes igual
231 ou inferior a 2,7, de acordo com dados da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde -
232 SEGTES, do Ministério da Saúde; ter 70 mil ou mais habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro
233 de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2012; não se constituir capital do Estado; e não possuir
234 oferta de curso de medicina em seu território. Também detalhou que na pré-seleção o município
235 deverá atender, obrigatoriamente, aos seguintes critérios: número de leitos SUS/aluno maior ou igual a
236 5 - curso com 50 vagas mínimo 250 leitos; número de alunos por equipe de atenção básica: ≤ 3,
237 mínimo de 17 equipes; leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro; pelo menos 3 Programas
238 de Residência Médica nas especialidades prioritárias: Clínica Médica; Cirurgia; Ginecologia-
239 Obstetrícia; Pediatria e Medicina de Família e Comunidade; adesão ao Programa Nacional de Melhoria
240 do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ; existência de Centro de Atenção Psicossocial
241 – CAPS; Hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino, conforme
242 legislação de regência; e Hospital com no mínimo 100 leitos exclusivos para o curso. Também
243 apresentou um balanço do Programa Mais Médicos: 4.025 municípios aderidos que demandaram
244 16.631 médicos; 1.878 adesões de municípios prioritários; 2.147 em demais localidades; 2.342
245 municípios prioritários, destes 1.878 aderiram ao Programa, somando 9.632 vagas; 464 municípios
246 prioritários não aderiram; 1.098 prioritários receberam ao menos um médico; 780 não receberam
247 nenhum médico; e falta suprir a demanda de 6.040 vagas em prioritários e 6.999 vagas em não
248 prioritários. Detalhou que são 3.664 médicos em atividade, com atendimento de 1.098 municípios, 19
249 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), 819 médicos brasileiros e 2.845 médicos intercambistas. No
250 primeiro ciclo foram 625 médicos brasileiros e 680 médicos intercambistas. No segundo ciclo, 194

251 médicos brasileiros e 2.165 médicos intercambistas. Na sequência, apresentou dados demonstrando
252 que o Programa prioriza locais com menos profissionais e mais pobreza. Disse que na segunda
253 chamada será priorizada proposta para os DSEI, comunidades quilombolas, municípios prioritários e
254 comunidades carentes das grandes cidades. Disse que a perspectiva é implantar, até o final de
255 dezembro, 41 mil equipes de saúde da família. Finalizando, destacou que o Programa é uma inovação,
256 mas é preciso o envolvimento, inclusive do controle social, para colocá-lo em prática e torná-lo real, de
257 modo a garantir o fortalecimento da atenção básica no país. **Manifestações.** Conselheira **Maria do**
258 **Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) cumprimentou os convidados e manifestou
259 satisfação com as iniciativas voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Também salientou a
260 importância de incluir essa pauta do fortalecimento da atenção básica na 5ª CNSI e na disputa eleitoral
261 de 2014. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que boa parte das informações trazidas
262 pelos secretários já haviam sido apresentadas no Relatório Quadrimestre de Gestão, o que possibilita
263 acompanhar mais de perto as ações. Conselheira **Júlia Maria Roland** agradeceu os convidados pelas
264 explicações esclarecedoras e, em relação ao Programa mais Médicos, manifestou preocupação com
265 a redução para 3 anos do exercício profissional do Programa para realizar o REVALIDA por entender
266 que é um tempo curto para provocar todas as mudanças que se pretende no curso de graduação e
267 universalizar a residência médica com o perfil necessário para o SUS. Também saudou o Secretário
268 Gadelha pelas mudanças do ponto de vista da inovação tecnológica e por considerar a saúde como
269 um setor importante para a econômica e para o processo de renovação e incorporação de novas
270 tecnologias. Por fim, salientou a importância de acompanhar o Programa mais Médicos porque
271 provocará mudanças essenciais no SUS para garantir a saúde à população brasileira. Conselheira
272 **Verônica Lourenço da Silva**, primeiro, registrou a presença da sua suplente Fernanda Benvenutty e
273 cumprimentou a os convidados pelas falas e propostas concretas que respondem às demandas das
274 Conferências de Saúde e do controle social. Salientou que é preciso vencer os fatores que impedem o
275 acesso dos usuários do SUS aos serviços e impedem acolhimento adequado como os gargalos na
276 gestão dos recursos financeiros e humanos, o racismo, o sexismo e as fobias LGBTs. Por fim,
277 ressaltou que, além de propor grandes projetos e assegurar recursos, é preciso considerar na definição
278 das políticas os conhecimentos tradicionais – parteiras, experiências como Farmácia Viva (de João
279 Pessoa) - assegurando ações que atendam as necessidades da população e não as demandas do
280 mercado econômico. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** destacou que o investimento na atenção
281 básica deve ser parte inicial da discussão sobre a mudança de modelo, com prioridade na prevenção.
282 Salientou que o Programa mais Médicos é uma iniciativa importante, mas representa um passo inicial
283 em um cenário que exige várias mudanças. No mais, manifestou preocupação com a ausência de
284 investimento na região Centro Oeste e poucos recursos para Sul e Sudeste. Conselheira **Eurídice**
285 **Ferreira de Almeida** destacou que as iniciativas apresentadas iam ao encontro das deliberações da
286 14ª CNS, portanto, era preciso efetivá-las. Concordeu que é preciso garantir atenção básica de
287 qualidade, mas sem desconsiderar a necessidade da medicação e da assistência farmacêutica. Disse
288 que foi feito debate no âmbito do FENTAS e, na visão do Fórum, para consolidar a assistência
289 farmacêutica e contribuir para o fortalecimento do SUS é preciso: caracterizar farmácia como
290 estabelecimento de saúde (PL 4.385/1994 em tramitação na Câmara dos Deputados); inserir o
291 farmacêutico de forma efetiva no SUS (PL 4.135/2012 em tramitação); e desenvolver o conceito de
292 medicamento como instrumento garantidor do direito à saúde. Nessa linha, defendeu a realização da II
293 Conferência de Assistência Farmacêutica para tratar dessas e de outras questões importantes.
294 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, saudou a representação de outros
295 setores da sociedade presentes à reunião, salientando que os temas em debate eram de interesse de
296 toda a população brasileira. Avaliou que o Programa mais Médicos consolida o papel da saúde e
297 apontou como desafio pensar o conjunto das políticas para desenvolvimento local e regional. Frisou
298 que a saúde traz o paradigma de pensar o Brasil rural, lembrando que a maioria das políticas é
299 concebida para os grandes centros urbanizados. Em relação ao Programa mais Médicos, lembrou que
300 uma das recomendações é garantir a participação do controle social no processo de alteração do
301 REVALIDA. Também perguntou quais serão as penalidades previstas para os médicos que
302 descumprirem os dispositivos da lei. Também explicou que os conselhos estaduais de saúde
303 solicitaram ao CNS a realização de capacitação sobre o Decreto nº. 7508, COAP e monitoramento dos
304 relatórios de gestão. Nessa mesma lógica, propôs como encaminhamento a realização de uma oficina
305 com os CES sobre o PMAQ para maior adesão dos usuários. Disse que a lógica do financiamento da
306 atenção básica está clara, mas não deve ser a que deve prevalecer para toda a política de saúde.
307 Conselheiro **Fernando Antônio Menezes da Silva** avaliou que o primeiro grande desafio é assegurar
308 que o SUS assuma o protagonismo na formação de recursos humanos e frisou que as políticas
309 definidas pelo MS respondem a esse desafio. Disse que, além de avançar na implementação das leis,
310 é preciso pensar a formação integrada da carreira e aproveitar o momento para integrar ações até
311 então isoladas. Conselheira **Paula Johns** manifestou satisfação com a nova Política da Atenção
312 Básica, todavia, disse que é preciso tornar real as ações propostas. Pontuou algumas questões para
313 reflexão e, no caso da política de controle do tabagismo, explicou que há maior acesso a
314 medicamentos, mas sem investimento na área de prevenção/promoção da saúde. No seu modo e ver,

315 as ações relativas ao combate do tabagismo agradam a indústria do tabaco e a farmacêutica. Também
316 disse lei sancionada a respeito estava parada por pressão do interesse econômico e, nessa lógica,
317 disse que é preciso definir formas de enfrentar a pressão do mercado na definição da Política.
318 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** destacou que a apresentação das políticas retrata a integração das
319 ações de saúde – atenção básica, assistência farmacêutica, Programa mais Médicos - e que as
320 revoluções ocorridas no Brasil colocam o país inclusive em uma posição de vanguarda. Cumprimentou
321 pelo avanço na atenção primária - financiamento, estrutura, controle, qualidade e salientou que o
322 Programa mais Médicos, para além da garantia da assistência, é uma revolução no que se refere à
323 força de trabalho no SUS. No mais, frisou que a assistência farmacêutica é estruturante para o Sistema
324 e deve ser vista dessa forma. Por fim, destacou que os três entes participam da iniciativa – federal,
325 estados e municípios. Conselheiro **Ubiratan Cassano** iniciou a sua fala registrando a presença da
326 conselheira Larissa Alencar, da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM,
327 que assumiu a 2ª suplência pela vaga do Movimento Estudantil e destacando a qualidade das
328 apresentações, em especial a fala do Secretário Mozart. Concordeu que a Lei nº. 12.871/2013 significa
329 um grande avanço pra efetivação do SUS e salientou que esta clara a necessidade de mais médicos
330 no Brasil. Para ilustrar, disse que o Brasil tem 1,8 médicos por 1.000 habitantes, enquanto países
331 como Reino Unido tem 2,7; Portugal, 4; Espanha, 4; Argentina, 3,2; México, 2. Além disso, há uma
332 grande desigualdade regional e citou, de um lado, o DF com 4,09; RJ com 3,62 e SP com 2,64 e, do
333 outro, o Maranhão com 0,58; Amapá com 0,76 e Pará com 0,77. Destacou, inclusive, que municípios
334 chegam a oferecer salário de R\$ 30 mil reais, sem haver interesse. Com o avanço da implementação
335 do Programa Mais Médicos, salientou que fica mais claro o alto nível de qualidade da formação dos
336 médicos cubanos, em detrimento da campanha preconceituosa e racista que a grande imprensa tentou
337 emplacar contra os cubanos. Detalhou que, segundo a OMS, Cuba é um exemplo para o mundo nesse
338 campo: possui a taxa de mortalidade infantil mais baixa do “terceiro mundo” com 4,9 por 1000 (em
339 1959, era 60), inferior à do Canadá e EUA. Além de uma expectativa de vida de 78,8 anos (contra 60
340 em 59) que é comparável às nações mais desenvolvidas. Trata-se de um país que tem 6,75 médicos
341 por 1000 habitantes que garantem 100% de cobertura à população. Além disso, salientou que a
342 medicina cubana possui experiência e expertise muito maior que outros países em Atenção Básica e
343 Saúde da Família, o que o Brasil necessita. Além disso, há mais de 30 mil médicos cubanos
344 trabalhando em 69 países da América Latina, da África, da Ásia e da Oceania, lidando com pessoas
345 que falam inglês, francês, português e dialetos locais. Só no Haiti há 1.200 médicos cubanos que
346 sustentam o sistema de saúde daquele país e, como profissionais com alto nível de educação formal,
347 aprendem rapidamente línguas estrangeiras. Por fim, citou a afirmação do “New England Journal of
348 Medicine”, que reconhece o valor dos profissionais formados no país: “O sistema de saúde cubano
349 parece irreal. Há muitos médicos. Todo mundo tem um médico de família. Tudo é gratuito, totalmente
350 gratuito. Apesar do fato de que Cuba dispõe de recursos limitados, seu sistema de saúde resolveu
351 problemas que o nosso (dos EUA) não conseguiu resolver ainda. Cuba dispõe agora do dobro de
352 médicos por habitante do que os EUA”. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** manifestou satisfação
353 com o debate e salientou que, apesar da necessidade de avançar ainda mais, é preciso reconhecer os
354 avanços no acesso e na qualidade e em questões básicas – construção de unidades básicas de saúde
355 com qualidade, definição da equipe multiprofissional, forma de entrada no SUS, acesso a
356 medicamentos na atenção básica com qualidade, resposta ao principal problema relativo a recursos
357 humanos no SUS (falta de profissional médico). Explicou que foram firmadas uma série de ações dos
358 municípios com os estados e, no caso do RS, destacou que houve avanços no que se refere ao
359 financiamento da atenção básica. Ressaltou que, ao garantir acesso à atenção básica de qualidade,
360 surgirão outros problemas que não se resolvem nesse nível de atenção, o que aponta a necessidade
361 de estruturar o Sistema como um todo. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** salientou que a
362 minuta nº. 16, de 21 de agosto de 2013, que trata das diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente
363 renal, esteve em consulta pública e solicitou informações a respeito tendo em vista a dificuldade de
364 registro do paciente na atenção básica. Também registrou a presença de entidades da área –
365 Associação de Renais e Transplantados do Rio de Janeiro, Associação de Renais Crônicos de
366 Uberlândia e Associação de Renais Crônicos de Manaus - que acompanhavam o debate do tema.
367 Sobre o acesso de grupos prioritários, perguntou qual será a resolutividade a respeito das doenças
368 crônicas. Disse que o acompanhamento dos doentes renais passa pela questão do financiamento,
369 lembrando o gasto das famílias com medicamentos, uma vez que há medicações não contempladas
370 na grade e perguntou como fica essa questão. Sobre a atenção domiciliar, sugeriu que fosse verificado
371 na defensoria pública como está a demanda da população por esse serviço. Também manifestou
372 preocupação com a qualidade de órteses e próteses dispensadas aos usuários do SUS e solicitou uma
373 manifestação a respeito. No que se refere ao eixo educação, sentiu falta dos agentes comunitários no
374 processo de diálogo com as pessoas e propôs que a capacitação desses profissionais para
375 acompanhar as famílias no acesso e uso racional de medicamentos. Por fim, solicitou que, no caso de
376 pesquisas, seja apresentado o perfil da população. Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar**
377 saudou a Mesa Diretora pela escolha do tema do mês e a forma como a mesa foi pensada. Destacou
378 que, além de assegurar o acesso, é preciso garantir o medicamento e a assistência farmacêutica de

379 forma qualificada. Salientou que é preciso otimizar os recursos do SUS – financeiros, humanos e
380 materiais e chamou a atenção para o desperdício de medicamentos nos municípios por falta do
381 profissional farmacêutico. Salientou que, apesar do número de farmacêuticos na atenção básica (170),
382 no município de Goiânia 53% das unidades de saúde dispensam medicamento sem a presença do
383 farmacêutico. Também sugeriu que o CNS manifeste apoio ao PL n°. PL 4.135/12, da Senadora
384 Vanessa Graziotin, que determina a presença de farmacêuticos em todas as unidades de saúde. Além
385 disso, disse que é preciso lutar pela farmácia como estabelecimento de saúde e discutir ampliação do
386 acesso, inovação tecnológica, liberação de registro de medicamentos, assistência farmacêutica
387 qualificada com unidade de saúde fortalecida. Nesse sentido, propôs que o Plenário aprovasse a
388 convocação da II Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica no SUS, para discutir essa e
389 outras questões importantes e apresentar uma proposta de fortalecimento do SUS que contemple a
390 assistência farmacêutica. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** destacou a importância da
391 política para enfrentar o déficit comercial de U\$ 2 milhões e considerou que o investimento em
392 inovação tecnológica (R\$ 96 milhões) ainda é pequeno. Desse modo, apresentou a sugestão de
393 apresentar proposta conjunta da CONEP e CICIT no sentido de melhorar o investimento na área de
394 inovação tecnológica. Para subsidiar a elaboração da proposta, solicitou que a SCTIE envie
395 detalhamento sobre o investimento dos recursos na área. Também manifestou satisfação com a
396 apresentação do secretário Mozart e salientou que os resultados refletem a decisão de colocar na
397 gestão o interesse coletivo no lugar do interesse individual. Por fim, manifestou preocupação com a
398 criação de vagas em universidades particulares, lembrando que essa ação gera novas isenções
399 fiscais, onerando o Estado e, como contraproposta, sugeriu que o governo amplie a presença de
400 universidades públicas, especialmente nas grandes cidades. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez
401 referência à Resolução do CNS n°. 468, determinando que as três esferas de governo devem garantir
402 que os usuários do SUS tenham acesso à medicação e as insumos prescritos, para solicitar que seja
403 uma referência no debate sobre acesso a medicamentos. Também sugeriu a construção dos seguintes
404 indicadores de saúde: criança que busca o serviço de saúde, que é atendida ou não; gestante – oferta
405 dos serviços; e acesso a medicamentos logo após a consulta. Também perguntou como está a
406 implantação do Cartão SUS por entender que pode ser o número único de identificação dos brasileiros.
407 Acrescentou que é preciso debater a integração dos sistemas de informação, a fim de evitar
408 desperdício de recursos, inclusive. Por fim, destacou que é preciso debater esse tema novamente,
409 considerando, inclusive, a sua relação com a qualidade dos serviços. Conselheiro **Zan Mustacchi**
410 disse que, após visitar alguns países, verificou que o Brasil é o que realiza a melhor clínica médica e,
411 sendo assim, destacou que é necessário assegurar estrutura para garantia do diagnóstico e do
412 medicamento. Disse que houve uma falha na educação médica porque o profissional foi treinado para
413 escolher uma especialização e não para ser um generalista. Por fim, salientou que pensar em saúde
414 significa também pensar em educação e nutrição. O assessor técnico do Conselho Federal de
415 Farmácia, **Jarbas Tomazzoli Jr.**, interveio para registrar o apoio do CFFar ao Programa QUALIFAR
416 SUS, bem como sua ampliação e à convocação da II Conferência de Assistência Farmacêutica.
417 Também solicitou o apoio do CNS ao PL n°. 4.135, de autoria da Senadora Vanessa Graziotin e a
418 reativação do GT de Assistência Farmacêutica voltado às redes de atenção à saúde. Conselheiro **José**
419 **Naum de Mesquita Chagas** cumprimentou a iniciativa de publicação da nova Política de Atenção
420 Básica e perguntou se foram consideradas as informações dos determinantes sociais em saúde.
421 Também perguntou sobre a possibilidade de rever a RENAME para atender as necessidades da saúde
422 indígena. Conselheiro **Wilson Valério da Rosa Lopes** manifestou apoio ao Programa mais Médicos e
423 perguntou o que será feito em relação aos estudantes que não conseguiram concluir a graduação em
424 outros países por dificuldade financeira. Também avaliou que a Política é positiva, mas é preciso
425 garantir as condições para sua implementação – profissionais, medicamentos – assegurando que
426 chegue àqueles que mais precisam dos serviços. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa
427 Diretora do CNS, interveio para registrar a presença do Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre**
428 **Rocha Padilha**. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** manifestou satisfação com o andamento do
429 Programa mais Médicos e lembrou que a ABEn manifestou apoio à iniciativa, com a ressalva dos
430 aspectos precarizantes da contratualização. Também falou da satisfação diante da inclusão de
431 dispositivo na Lei n°. 12.871/2013 determinando que o MEC poderá aplicar o procedimento de
432 chamamento público aos outros cursos de graduação na área da saúde. Nessa linha, perguntou ao
433 Secretário Mozart qual o papel do MS no ordenamento de recursos humanos do SUS em relação a
434 outros cursos e qual será o papel do CNS nessa ordenação, mais especificamente na emissão de
435 pareceres. Também salientou a necessidade de aprofundar o debate sobre a Resolução n°. 429, de 2
436 de novembro de 2009, que prevê, entre outros aspectos, que o curso que obtiver conceito inferior a 3
437 no índice geral de curso e conceito preliminar inferior a 3 deve ser suspenso e obrigatoriamente
438 remetido e informado ao MEC para providências cabíveis. Manifestou satisfação com a iniciativa de
439 incluir mais um enfermeiro na ESF, todavia, disse que é preciso assegurar que esse profissional
440 ofereça cuidados de promoção de saúde e prevenção de doenças, sem desvio de função. Por fim,
441 solicitou maiores considerações sobre a função do agente administrativo na ESF e perguntou qual o
442 desenho da atenção domiciliar terapêutica para as crianças. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da

443 Mesa Diretora do CNS, destacou que é preciso pautar esse tema novamente inclusive para ampliar a
444 discussão sobre a atenção básica nos 25 anos do SUS. Disse que a atenção primária tem avançado
445 no Brasil, mas os avanços são pequenos em relação à cobertura. Sobre a assistência farmacêutica,
446 disse que a dispensação no SUS não é feita da forma como deveria ser e pelo profissional habilitado.
447 Falou sobre a proposta de repassar a atenção à AIDS para a atenção básica, inclusive a dispensação
448 de medicamentos e solicitou que essa questão deva ser vista com muito cuidado para que não
449 aconteça o que ocorre em relação à tuberculose (alto índice de abandono no tratamento por falta de
450 atenção na dispensação da medicação). Também chamou a atenção para a precarização das relações
451 de trabalho na atenção básica por conta das fundações, OS, entre outras, o que repercute na atenção
452 ao usuário. No mais, destacou que o acesso aos serviços muitas vezes é regulado por um profissional
453 terceirizado, sem competência para fazer o acolhimento (guarda da portaria). Conselheira **Maria Laura**
454 **Carvalho Bicca** destacou que o Programa mais Médicos é uma iniciativa importante e discordou da
455 proposta de substituir assistentes sociais por fisioterapeutas, lembrando que o serviço social tem
456 compromisso com a vulnerabilidade – serviço social empodera o sujeito e é preciso capacitar esses
457 profissionais. Salientou que a medicalização do usuário, no caso de atendimento, é essencial uma vez
458 que muitos usuários não têm recurso para comprar o medicamento prescrito. Conselheira **Alessandra**
459 **Ribeiro de Souza** salientou a importância de avançar na ampliação da equipe mínima de equipe de
460 saúde tendo em vista que o número restrito de profissional dificulta a efetivação do conceito de saúde
461 construído no país. Sobre a residência em saúde, sentiu falta de uma política de reinserção dos
462 residentes na Estratégia de Saúde da Família. Salientou que a 14ª CNS rejeitou todas as formas de
463 privatização, todavia, a atenção básica, na maioria, está sob a gestão de OS. Conselheiro **Jorge**
464 **Marubo** manifestou satisfação com o Programa mais Médicos, porque, entre outros aspectos,
465 possibilitou a presença de médicos em áreas indígenas de difícil acesso como o Vale do Javari.
466 Reiterou a solicitação de revisão da RENAME a fim de contemplar as especificidades dos povos
467 indígenas. Além disso, perguntou como viabilizar a demanda das comunidades indígenas,
468 apresentadas durante as etapas distritais da Conferência, de garantir alta e média complexidade nas
469 comunidades maiores (hospitais indígenas). Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** solicitou
470 atenção maior para os trabalhadores com sequelas por conta de acidentes de trabalho e sugeriu que
471 Ministério da Previdência Social e Ministério da Assistência Social sejam convidados para participar da
472 Conferência de Saúde do Trabalhador para discutir essa e outras questões importantes. Conselheira
473 **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** reiterou que é fundamental a presença do farmacêutico nas
474 unidades para dispensação dos medicamentos, por entender que garante a adesão do usuário ao
475 tratamento e evita o desperdício de recursos. No caso de doenças de maior complexidade, disse que o
476 profissional deve acolher o paciente a fim de garantir efetividade na dispensação. Além disso, solicitou
477 ao Secretário Gadelha a inclusão do medicamento para hepatites virais no componente estratégico a
478 fim de garantir o acesso dos usuários à medicação. Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Omoro** agradeceu
479 a presença dos Secretários e salientou a importância do debate desse tema no CNS. Destacou que
480 houve avanços nos 25 anos do SUS, todavia, salientou que é preciso garantir o acesso dos segmentos
481 historicamente excluídos como indígenas, colonos, quilombolas e assentados aos serviços. Sobre o
482 Programa mais Médicos, disse que a iniciativa é um avanço, mas é preciso assegurar mais
483 profissionais médicos para atender as comunidades indígenas. Sobre a assistência farmacêutica, disse
484 que essa e outras questões seriam debatidas na Conferência de Saúde Indígena. Conselheiro **Ronald**
485 **Ferreira dos Santos** destacou o diálogo do Ministério da Saúde com outros para definição de políticas
486 articuladas e o debate ampliado, como no formato proposto, demonstram que o potencial dos avanços
487 do SUS é maior quando se pensa uma política integrada. Salientou ainda que o debate sobre atenção
488 básica, assistência farmacêutica e Programa mais Médicos deve ser pauta permanente das comissões
489 do CNS, a fim de assegurar que o CNS cumpra o seu papel de fortalecer e fazer as críticas
490 necessárias. Conselheiro **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministro de Estado da Saúde, iniciou a
491 sua fala cumprimentando os presentes e os acompanham a reunião em tempo real. Informou que, em
492 março de 2014, o Ministério da Saúde realizará a I Amostra sobre Atenção Básica – Saúde da Família
493 e, no dia 10 de novembro, o país sediará a Conferência da Organização Mundial de Saúde sobre
494 formação profissional, recursos humanos no campo da saúde. No caso da Conferência, disse que está
495 relacionada ao esforço do país nos 25 anos para ampliar a atenção básica e resgatar o compromisso
496 histórico com a formação profissional voltada para o SUS e para as necessidades de saúde. Destacou
497 que a amostra e a Conferência mundial serão oportunidades para continuar o debate sobre a atenção
498 básica do país. Também salientou que a atenção básica deve ter cada vez mais o papel de ordenador
499 do cuidado à saúde e, para tanto, deve abarcar outros conhecimentos e especialidades do cuidado
500 que, ao longo dos anos, concentram-se em áreas especializadas. Salientou, por exemplo, que o Brasil
501 alcançou as metas do milênio em relação à tuberculose antes de 2015 por conta do esforço dos
502 últimos anos para aproximar o programa estratégico da tuberculose à atenção básica. Disse ainda que
503 o Brasil assumirá mais uma vez a vanguarda do tratamento do HIV/AIDS porque será o primeiro país a
504 iniciar o tratamento do HIV/AIDS assim que a infecção for identificada e ampliará o acesso ao teste
505 rápido para diagnóstico. Nessa linha, salientou que é preciso ampliar a testagem de HIV, sífilis,
506 Hepatite B e C na atenção básica de saúde e garantir a adesão do paciente a esse nível da atenção,

507 preparando a atenção básica para assumir questões que, historicamente, ainda não assumiu. Disse,
508 por exemplo, que os cuidados e o acompanhamento do paciente com HIV/AIDS devem ser
509 aproximados da atenção básica. Por fim, frisou que a atenção básica ganhará mais qualidade quando,
510 cada vez mais, assumir conhecimentos e cuidados restritos a áreas de especialidades. **Retorno da**
511 **mesa.** O Secretário da SEGTES, **Mozart Júlio Tabosa Sales**, destacou que o Programa mais
512 Médicos é um marco e que o processo de recrutamento de força de trabalho de estrangeiros para
513 áreas de difícil provimento no mundo mostra que iniciativas nesse sentido vieram para ficar,
514 convivendo com uma política de formação de recursos humanos consistente e adequada às
515 necessidades do país. Disse que essa perspectiva ensejará um debate na sociedade para sua
516 consolidação a partir do sucesso do Programa. Sobre a residência multiprofissional, disse que houve
517 uma expansão significativa, lembrando que, em 2012, foram disponibilizadas mais de 1.200 vagas.
518 Acrescentou que o aumento da residência multiprofissional no primeiro ano de sua gestão foi de 150%
519 em relação ao ano anterior. Salientou que a perspectiva do governo federal é investir R\$ 5 milhões em
520 bolsas de residência multiprofissional e médica, de acordo com a necessidade do Sistema. A respeito
521 do REVALIDA, reconheceu tratar-se de um modelo que precisa ser aperfeiçoado e defendeu os
522 modelos avaliativos de médicos estrangeiros e brasileiros. Disse que as penalidades no âmbito da
523 coordenação nacional do Programa são para os aspectos administrativos de condução acerca de
524 condutas relativas a absenteísmo, conduta ética e profissional e serão analisados, como em todo e
525 qualquer processo, para efeitos de desligamento. Salientou que CONASS e CONASEMS têm
526 participado do debate e será ampliada a participação no debate sobre a estruturação do Programa.
527 Sobre a enfermagem e outras profissões da saúde, reiterou que se reuniu com os conselhos
528 profissionais e disse ter clareza sobre a necessidade de analisar a situação e intervir. Sendo assim,
529 afirmou que convocará todas as profissões regulamentadas da saúde para definir horizonte de
530 planejamento. Sobre os agentes comunitários de saúde, disse que foi iniciado processo de treinamento
531 e capacitação na área de crack, inclusive com a participação de técnicos de enfermagem. No que se
532 refere à mobilização da atenção básica, disse que será necessário construir um modelo próprio junto
533 com o Programa mais Médicos. Sobre a política de estudantes de medicina em outros países, avaliou
534 que é preciso maior capacidade de intervenção acerca do MEC e comunicou que existe uma política
535 pensada no âmbito do Mercosul chamada de política de integração das agências de acreditação de
536 cursos no âmbito do âmbito do Mercosul. Disse que é preciso desenvolver uma proposta de
537 revalidação de diplomas no âmbito do Mercosul e dos países andinos. Também explicou que o custo
538 dos médicos brasileiros é o mesmo dos médicos brasileiros e a meta é 13 mil médicos na AB até 2014,
539 com a participação de brasileiros e estrangeiros. O Diretor do DEGES/SGTES, **Heider Aurélio Pinto**,
540 iniciou a sua fala explicando que o financiamento teve 66% de aumento, considerando os critérios de
541 equidade, qualidade e infraestrutura e modernização. Sobre o acesso, avaliou que houve avanços
542 importantes, mas reconheceu que é preciso avançar no acolhimento e, nessa linha, destacou que o
543 acolhimento é um dos padrões de qualidade mais importantes do PMAQ. Acrescentou que 70% das
544 unidades de saúde implantaram o acolhimento, sendo 50% delas com protocolos para avançar nessa
545 perspectiva. Também se dispôs a participar do processo de capacitação com os conselhos estaduais
546 de saúde. A respeito do tabagismo, disse que 14 mil unidades básicas disponibilizam a medicação e
547 lembrou que o PMAQ considera um conjunto de ações como formação de grupos terapêuticos e
548 capacitação de profissionais. Em relação à equipe multiprofissional, reiterou que os médicos do
549 Programa mais Médicos atuam em equipes da Estratégia saúde da Família, que são multiprofissionais.
550 Além disso, frisou que as novas equipes criadas na Política são multiprofissionais e, em 2013, o
551 Ministério possibilitou a universalização dos NAF. Nesse sentido, ressaltou que houve mudança
552 importante do ponto de vista da participação multiprofissional no SUS e, nessa linha, concordou que
553 será necessário reposicionar o debate sobre equipe mínima. Solicitou ao conselheiro Clóvis Bouffeur o
554 envio da sugestão de indicadores e frisou que haverá um salto de qualidade com o E-Sus porque o
555 sistema unifica informações e se configura em um importante passo para implantação do Cartão SUS.
556 Por fim, dispôs-se a esclarecer outras dúvidas dos conselheiros e colocou a Secretaria à disposição do
557 CNS. O Secretário da SCTIE, **Carlos Augusto Grabois Gadelha**, agradeceu os comentários e
558 destacou que a mesa de debate representou um marco pela abordagem ampla da saúde – atenção
559 básica, assistência farmacêutica e Programa mais Médicos. Também disse que a Secretaria assumiu a
560 tarefa hercúlea de montar as bases institucionais do sistema universal na área dos insumos em saúde
561 e tem envidado esforços para alcançar esse objetivo. Informou que foi encerrado processo de compra
562 de 80 equipamentos para radioterapia, com redução de 80% do preço ao que foi ofertado e com a
563 condição de que a produção ocorra no Brasil. Nessa perspectiva, explicou que a CONITEC foi
564 institucionalizada e hoje 90% das demandas são do SUS para a tecnologia e não o contrário. Em
565 relação a ações integradas, citou, por exemplo, que houve aumento de 100 para 1000 pontos de
566 cuidado das hepatites, em uma articulação entre SCTIE e SVS. Destacou que um dos compromissos
567 da Secretaria é dar ênfase ao cuidado e à promoção da saúde, não restringindo o seu papel à compra
568 e distribuição de medicamentos. Nessa perspectiva, disse que a agenda de pesquisa da SCTIE se une
569 à agenda da assistência farmacêutica. Também enfatizou o papel importante do profissional
570 farmacêutico e frisou que a rede de medicamentos não deve ser vista como uma rede comercial de

571 distribuição de medicamentos. Cumprimentou ainda o CNS pela evolução histórica do Sistema CEP
572 CONEP e saudou o trabalho desenvolvido pelo conselheiro Jorge Venâncio. Também salientou a
573 importância da pesquisa em saúde, que é uma questão da soberania nacional e ressaltou que a
574 necessidade social deve orientar a pesquisa de saúde do país. Finalizando, conselheiro **Ronald**
575 **Ferreira dos Santos** agradeceu a presença dos convidados e dos demais representantes da equipe
576 do Ministério. Das propostas apresentadas no debate, destacou: pautar o debate do tema nas
577 comissões do CNS avaliando o impacto das iniciativas nas áreas afins; pautar debate sobre ações
578 integradas do MS – vigilância em saúde, entre outras. Devido ao adiantado da hora e a presença de
579 convidados, disse que os encaminhamentos seriam debatidos posteriormente. Conselheira **Lorena**
580 **Baía** solicitou que nos encaminhamentos fosse apreciada a proposta de convocação da II Conferência
581 de Assistência Farmacêutica. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que essa proposta
582 seria debatida junto com as demais. De imediato, a mesa foi recomposta para o item 3 da pauta. **ITEM**
583 **3 – LANÇAMENTO DA CAMPANHA NACIONAL EM DEFESA DO SUS E DO FORTALECIMENTO**
584 **DO CONTROLE SOCIAL - Composição da mesa: Alexandre Rocha Padilha**, Ministro de Estado da
585 Saúde; conselheiro **Jurandi Frutuoso**; conselheiro **Arilson Cardoso**; conselheiro **Clóvis Boufleur**,
586 conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; e **Gustavo**, Conselho Federal da
587 Ordem dos Advogados do Brasil. Composta a mesa, a Presidente do CNS procedeu ao lançamento da
588 Campanha Nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social. Iniciou salientando que,
589 nos 25 anos, muitos pilares do SUS foram assegurados, uns assegurados parcialmente e outros
590 precisavam ser redimensionados, entre eles, o papel do controle social. Nesse sentido, falou sobre a
591 Campanha nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social, reafirmando o SUS como
592 patrimônio histórico e político acumulado no decorrer de 25 anos. Salientou como avanços no último
593 período a mobilização social de sujeitos coletivos por direitos e políticas sociais; a conquista legal da
594 saúde como dever do Estado e direito de todos cidadãos; os princípios originários do SUS, com
595 destaque a participação social nos espaços de controle social e de gestão participativa; e a luta dos
596 trabalhadores da saúde por melhores condições de trabalho e pela consolidação do SUS. Nesse
597 contexto, explicou que a Campanha é uma ação política coordenada pelo CNS que tem como
598 propósito defender o projeto de SUS e de controle social, dar visibilidade e fortalecer
599 as ações dos Conselhos e realizar balanço e perspectivas para o SUS - contexto 25 anos, em parceria
600 FIOCRUZ, ABRASCO, CEBES. Detalhou que são objetivos da Campanha:
601 defender o SUS e fortalecer o controle social dando visibilidade às ações dos Conselhos de
602 Saúde nos três níveis – nacional, estadual e municipal, afirmando a saúde como dever do Estado e
603 direito do cidadão brasileiro e garantindo a democracia participativa por meio do controle social;
604 consolidar a imagem do Conselho Nacional de Saúde; ampliar o diálogo com a sociedade civil;
605 acompanhar proposições legislativas; instituir ações Conselho Nacional e Ministério Público; fazer um
606 balanço e apresentar proposições para o SUS; e articular ações e agendas estratégicas com
607 entidades sindicais e movimentos sociais. Detalhou que são princípios norteadores da Campanha:
608 ampliar a resposta às necessidades de saúde pelo Estado em suas diferentes esferas de poder;
609 ampliar a participação, formulação, gestão e definição do financiamento da política de saúde por
610 entender que esta não é responsabilidade exclusiva do Estado; tornar público as deliberações nos
611 espaços dos conselhos, viabilizando a participação da sociedade; ampliar a representação de
612 interesses coletivos, qualificando as demandas coletivas e fortalecer os conselhos como mediadores
613 dessas demandas; e contribuir para a construção de uma cultura política mais democrática, superando
614 o autoritarismo e o privatismo que existe dentro do Estado. Disse que a campanha pretende atingir
615 os integrantes das entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde, conselhos estaduais e
616 municipais de saúde e cidadãos brasileiros. Ressaltou ainda que a Campanha abarca o marco
617 constitucional de 1988 até o marco político de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disse
618 que a chamada mensagem da Campanha é “Povo brasileiro de mãos dadas por um SUS de
619 qualidade e para todos”. Detalhou que são estratégias da Campanha: articular fóruns nacional
620 e estaduais em defesa do SUS, promover engajamento com as redes sociais, realizar debates sobre
621 temas de interesses nacionais e propor agendas estratégicas, disseminar a história do SUS incidindo
622 no destino de seu futuro (mostra e documentário sobre 25 anos do SUS), construir pautas do CNS nos
623 espaços do canal saúde e outros meios, estimular a adesão ao sistema de acompanhamento dos
624 conselhos de saúde (SIACS), ampliar estratégias para o fortalecimento do Programa de Inclusão
625 Digital (PID) e apoiar o Programa de Educação Permanente. Por fim, detalhou que os resultados
626 esperados são: Cidadãos(ãs) brasileiros(as) informados e conhecedores da história do SUS, suas
627 diretrizes, ações e funcionamento; Conselhos de saúde com imagem consolidada, divulgando e
628 disseminando informações a todos setores da sociedade brasileira; Conselhos de saúde com paridade,
629 dotação orçamentária, autonomia política e administrativa, aumentando sua capacidade propositiva e
630 mobilizadora, incidindo nas decisões da gestão do SUS nas três esferas; Forças políticas junto à
631 sociedade brasileira mobilizadas, garantindo apoios para aprovação de políticas de saúde que
632 propiciem avançar no processo de implementação do SUS; Movimentos sociais, organizações e
633 entidades de usuários e trabalhadores do SUS mobilizados e protagonizando os processos de
634 formulação das políticas de saúde; Conselhos de saúde incidindo nos resultados dos projetos de lei

635 prioritários que tramitam no congresso nacional; Espaços políticos para balanço dos 25 anos do SUS e
636 ciclos de debates temáticos realizados, e proposições para os próximos 25 anos elaboradas;
637 Articulações e ações integradas com outros conselhos de políticas públicas desenvolvidas; Ações
638 institucionais com o conselho nacional do ministério público em desenvolvimento, fortalecendo o direito
639 à saúde dos usuários e as ações dos conselhos de saúde; e Plano nacional de comunicação e de
640 informação elaborado, disseminando informações para conselhos e toda a sociedade. Em seguida, o
641 jornalista do CNS, **Luiz Paraíba**, apresentou as peças da campanha que têm como tema “O povo
642 brasileiro de mãos dadas por um SUS de qualidade e para todos”, quais sejam: selo 25 anos do SUS;
643 peça-conceito; Revista CNS; filipeta; banner; vídeos; spots de rádio; redes sociais - Facebook, Twitter
644 e Youtube; Hashtag – Twitter. Conselheiro **Jurandi Frutuoso**, em nome do CONASS, cumprimentou a
645 Presidente do CNS pela iniciativa e frisou que é preciso defender o SUS, um sistema que merece o
646 crédito e o respeito de todos os cidadãos. Nesse sentido, manifestou apoio à campanha e
647 cumprimentou a equipe de comunicação pelo material. Conselheiro **Arlison Cardoso**, em nome do
648 CONASEMS, manifestou apoio à campanha e salientou que nos 25 anos do Sistema é preciso trazer
649 uma bandeira forte de defesa do SUS, destacando os avanços nesse período. Conselheiro **Clóvis**
650 **Bouffleur**, representante da CNBB, manifestou apoio à campanha lembrando que saúde é bem estar
651 do corpo e do espírito. Frisou que saúde é um jeito de viver e inicia-se na gestação e acompanha a
652 todos a cada dia da vida. Salientou que na oportunidade de lançamento dos 25 anos do SUS é preciso
653 reafirmar que os serviços de saúde é obrigação do Estado Brasileiro, é direito de todos, com especial
654 atenção para as pessoas que tem somente o SUS como recurso para tratar das doenças. Disse que a
655 CNBB participaria da campanha junto com as demais entidades do CNS e levaria a informação para
656 todos os municípios do país por meio de suas estruturas de comunicação. Salientou que esse apoio
657 tem a mesma motivação que apoia o movimento em defesa da saúde pública e o abaixo assinado
658 saúde mais 10. Finalizou afirmando que deseja um SUS forte, com recursos, gestão competente e com
659 a participação da sociedade da fiscalização e formulação das políticas de saúde, em todas as esferas
660 de governo. O representante do Conselho Federal da OAB, **Gustavo**, manifestou o apoio do Conselho
661 Federal da OAB e lembrou que a Ordem é uma das entidades que apoia todas as iniciativas em defesa
662 do SUS, inclusive o Movimento Saúde + 10. Ressaltou ainda que a entidade apoia também o
663 fortalecimento dos conselhos de saúde das três esferas de governo. No mais, frisou a importância do
664 fortalecimento do Sistema de Auditoria para assegurar efetividade do controle social. Por fim, colocou a
665 entidade à disposição para contribuir no sentido de garantir o sucesso da iniciativa. O Ministro de
666 Estado da Saúde, **Alexandre Rocha Padilha**, encerrou declarando “AbraSUS” a todos. Assim, a
667 Presidente do CNS encerrou a mesa agradecendo a presença dos convidados e demais autoridades e
668 convidados presentes. Disse que posteriormente apresentaria a agenda política da Campanha.
669 Desfeita a mesa, os trabalhos foram suspensos para o almoço. **ITEM 4 – FÓRUM GLOBAL DE RH**
670 **EM SAÚDE E ENCAMINHAMENTOS DO PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO INTERSETORIAL**
671 **DE RECURSOS HUMANOS - CIRH - Apresentação:** conselheira **Ivone Evangelista**, coordenadora da
672 CIRH. **Coordenação:** conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando,
673 conselheira **Ivone Evangelista** explicou que, após a recomposição, a CIRH realizou três reuniões, mas
674 ainda faltava a indicação de representantes. Disse que o plano de trabalho da CIRH, elaborado com
675 base no planejamento do CNS, foi aprovado na última reunião do CNS e estava em execução. Dos
676 pontos do plano de trabalho, destacou a participação da CIRH/CNS no III Fórum Global de Recursos
677 Humanos em Saúde, em Recife, de 9 a 13 de novembro de 2013. Detalhou que III Fórum terá como
678 tema “Ascensão do desafio dos recursos humanos em saúde (*Rising to the grand challenge of human*
679 *resources for health*) e como objetivos: promover a oportunidade de explorar as questões da força de
680 trabalho em saúde da perspectiva de como influencia na cobertura dos serviços de saúde e nas suas
681 intervenções sociais, além de identificar quais mudanças são requeridas no investimento, na produção,
682 no remanejamento e na relação da força de trabalho em saúde para que se alcance a cobertura
683 universal de saúde; e refletir a importância de colocar, no centro das discussões da saúde global, os
684 recursos humanos em saúde como conectores das diferentes prioridades temáticas existentes e, desta
685 maneira, fortalecer os sistemas de saúde nacionais para a consecução dos Objetivos de
686 Desenvolvimento do Milênio e para os pós-2015 (ODS). Disse que a proposta programática do III
687 Fórum vislumbra a capacidade de provocar o engajamento dos participantes, com bases conceituais
688 acadêmicas e políticas, visando à resolução dos problemas apresentados durante o encontro:
689 Subtema 1: Norteando a direção na área de Recursos Humanos para a Saúde: caminhos para
690 parceiros e para a atribuição de responsabilidades; Subtema 2: O fluxo do capital: investimento
691 estratégico para a Cobertura Universal em Saúde e para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento
692 do Milênio (ODM); Subtema 3: Pisando em terra firme: a importância da regulação na área de
693 Recursos Humanos para a Saúde; Subtema 4: Capacitação dos profissionais de Saúde: superando
694 obstáculos políticos, sociais e culturais; e Subtema 5: Avanços na área de Recursos Humanos para a
695 Saúde: inovações e pesquisas focadas na área de gestão e de tecnologias. Explicou que o III Fórum
696 Global de Recursos Humanos em Saúde tem como missão tornar os Recursos Humanos para a Saúde
697 (RHS) uma plataforma de alcance, gradativo e eficiente, ao acesso a serviços de saúde por todo o
698 mundo, assim como atingir os ODM relativos à saúde e a sua cobertura universal. Acrescentou que o

699 evento será promovido pelo governo do Brasil, Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-
700 Americana de Saúde, com apoio do Global Health Workforce Alliance (GHWA). Falou sobre o histórico
701 do Fórum, destacando que, em 2006, foi criada a Global Health Workforce Alliance (GHWA) com o
702 objetivo de liderar a crise global dos Recursos Humanos em Saúde e com a responsabilidade de
703 convocar regularmente um Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde. Em 2008, foi realizado o I
704 Fórum, em Kampala (Uganda) com o tema “Trabalhadores de saúde para Todos e Todos para o
705 trabalho em saúde” (Health Workers for All and All for Health Workers). Como resultado do Fórum foi
706 elaborada declaração (“The Kampala Declaration and Agenda for Global Action”) que destacou a
707 escassez mundial de profissionais de saúde; a realidade da migração de profissionais de saúde; e a
708 criação do sistema de informação sobre os profissionais de saúde em cada país. Frisou que o Brasil
709 participou do Fórum e foi signatário da carta, todavia, o país está atrasado em relação ao debate
710 desses temas. Disse que o II Fórum aconteceu em 2011, em Bangkok (Tailândia), com o tema
711 “Reverso progresso, renovando compromissos dos trabalhadores de saúde rumo aos objetivos do
712 milênio e para além”. Destacou como encaminhamentos do II Fórum: o papel e a importância dos
713 profissionais de saúde para que os países possam atingir os objetivos do milênio; distinção para os
714 profissionais de saúde e as melhores práticas ao projetar o “mercado de trabalho”; e definição de
715 estratégias de aliança e criação de oportunidades para engajar-se em alianças. Sobre a participação
716 da CIRH no Fórum, explicou que a intenção é lançar a Pesquisa sobre Processo de Trabalho em
717 Saúde, no dia 11 de novembro. Além disso, informou que no dia seguinte seria definida a data da
718 audiência pública conduzida pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e, na
719 oportunidade, seriam apresentadas as diretrizes da pesquisa e definida a data de lançamento do Edital
720 da pesquisa (os eixos também estavam sendo construídos com a SGETS). Também disse que será
721 lançada a Década da Gestão do Trabalho e Recursos Humanos no SUS, no controle social e as
722 diretrizes da Década estão definidas no Plano de Trabalho. Disse que a Comissão participará do
723 Painel Promoção e manejo da diversidade de trabalhadores da saúde para a cobertura universal de
724 saúde, dia 12 de novembro, e a temática do dia será “Empoderamento e incentivos: incorporando
725 vozes, direitos e responsabilidades dos trabalhadores de saúde rumo à cobertura universal de saúde e
726 à agenda pós-2015”. Disse que cinco países participarão do painel e o tema da CIRH (Brasil) será
727 promoção e manejo: diversidade de quadros de saúde e atenção à saúde baseada em equipes
728 multiprofissionais (lições aprendidas, consideração à diversidade na política e planejamento da força
729 de trabalho). Sobre as lições aprendidas, explicou que será destacada a diversidade e a ênfase da
730 política e planejamento da força de trabalho (processo de trabalho, condições de trabalho, regulação e
731 contratualizações). Destacou que deverão responder perguntas, entre elas, até que ponto o modelo
732 de equipe multiprofissional de atenção à saúde contribui para a educação de novos trabalhadores em
733 saúde e será dado destaque à formação para a defesa dos interesses do cidadão e à formação para o
734 desenvolvimento das melhores práticas de cuidado. Finalizando, disse que doze integrantes da CIRH
735 (ANPG, ABRA, FPCONDISI, FASUBRA, CNTS, CFF, CGTB, Rede Unida, FNE, ABEN, FIOCRUZ e
736 MS) participarão do Fórum e outros membros da Comissão participarão por suas entidades.
737 **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a coordenadora da CIRH e
738 perguntou se é possível garantir a participação de outros conselheiros no Fórum. Conselheira **Nelcy**
739 **Ferreira da Silva** explicou que o convite chegou ao CNS próximo à data de realização do evento,
740 portanto, conselheira Maria do Socorro de Souza e conselheiro Edmundo Omoro foram indicados a
741 participar na condição de representantes da Mesa Diretora do CNS. Além disso, representantes da
742 CIRH representarão o CNS e a Comissão fará a sua reunião mensal durante o evento. Conselheira
743 **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, reiterou que a Conferência será realizada no Brasil
744 em uma parceria entre governo brasileiro, OMS e OPAS e foi definido o número de 1.500 participantes,
745 cabendo ao Brasil a indicação de 500 representantes. Salientou que foi aberto período para inscrição
746 de entidades e a ABEn, assim como outras entidades, inscreveu-se. Disse que essa possibilidade de
747 inscrição das entidades foi informada à CIRH e ao FENTAS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
748 Presidente do CNS, disse que o CNS recebeu o convite (30 inscrições) e, considerando o limite
749 orçamentário, foi feita a inscrição de dez representantes, porque o custeio correu por conta do
750 Conselho. Destacou que o país não dispõe de uma política de recursos humanos e avaliou que o CNS
751 reúne condições para protagonizar essa agenda de forma mais propositiva. Frisou que não existe no
752 país um espaço nacional para debate desse tema e, nessa linha, espaços de debate como o Fórum e
753 o seminário internacional de regulação do trabalho, realizado recentemente, são importantes. Salientou
754 que é importante para o país ser cenário do debate sobre a força de trabalho do setor saúde, seja para
755 defender o sistema universal, seja para defender a força de trabalho necessária, considerando a
756 dimensão multiprofissional. Ressaltou que a participação no Fórum é de extrema importância para a
757 troca de experiências, a reafirmação do sistema universal e a defesa do CNS como esfera pública para
758 debater os recursos humanos da saúde. Destacou ainda que, para definir uma política de gestão do
759 trabalho e formação, é preciso debater os processos de organização de trabalho, considerando as
760 mudanças, as inovações tecnológicas, o desenvolvimento científico e reafirmando o sistema universal.
761 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que os seminários internacionais têm tido
762 resultados positivos e salientou que o último gerou audiência pública no Congresso Nacional sobre

763 recursos humanos. No caso do SUS, disse que as disputas se organizam em torno de como se
764 organiza e como se ordena o trabalho e como se reproduz o modo de fazer. Desse modo, disse que a
765 prioridade dada à questão dos recursos humanos é uma forma de enfrentar essas disputas. Salientou
766 que o debate sobre a regulação do trabalho deve ser feito com a participação de conselhos, das
767 associações, das federações, ou seja, o conjunto das entidades que representam os trabalhadores e
768 têm posição política a respeito. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**
769 (“Santinha”) destacou a sua expectativa em relação ao trabalho da CIRH e perguntou como o CNS
770 pode contribuir nos debates de temas relativos a recursos humanos da saúde. Também solicitou que a
771 CIRH promova uma reflexão sobre os prejuízos da saída dos médicos do Conselho. Conselheiro
772 **Renato Almeida de Barros** destacou que o momento é importante para tratar da força de trabalho da
773 saúde por ocasião das comemorações dos 25 anos do SUS. Nesse debate, disse que é preciso
774 considerar os pontos de estrangulamento do SUS - ausência de uma política de Estado para os
775 recursos humanos, contratação de pessoal de forma terceirizada, ausência de carreira nacional.
776 Também sugeriu que o CNS manifeste apoio à definição de piso salarial nacional para os agentes
777 comunitários de saúde. Ademais, manifestou sua insatisfação com a fala de um deputado na audiência
778 no Congresso Nacional por entender que desrespeitou o controle social do país. Por fim, ressaltou que
779 é preciso pautar debate no sentido de definir a linha de ação a ser adotada pelo controle social para
780 garantir a real valorização dos profissionais e a regulação do Sistema. **Retorno da mesa.** Conselheira
781 **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, agradeceu as falas dos conselheiros salientando
782 que contribuiriam para manifestação no Fórum. Destacou que na fala durante o Fórum contemplará o
783 tema da ampliação da força de trabalho no Brasil, considerando o Programa Mais Médicos e a
784 importância de um diagnóstico sobre a necessidade dos profissionais de saúde. Ressaltou que o plano
785 de trabalho da CIRH prevê o debate sobre a inserção de outras profissões no campo da saúde, das
786 profissões de saúde que atuam em outras áreas e a forma de fazer será definida coletivamente. Disse
787 que é desafio do CNS definir diretrizes para qualificar melhor os cursos a serem abertos e também
788 apontar o tipo de trabalhador da saúde necessário para o Sistema, além de definir como os atuais
789 trabalhadores do Sistema podem contribuir para a formação dos novos trabalhadores. Frisou que um
790 grande desafio da universidade, em parceria com o SUS e os trabalhadores do Sistema, é olhar o
791 estudante como um futuro trabalhador e seu papel importante como modelador da formação. Também
792 salientou que o CNS deve demandar ao MS como será a participação do controle social na nova forma
793 de abrir cursos novos na área da saúde (a lei prevê a possibilidade de estender para outras
794 profissões). Ressaltou que a defesa é de edital de chamada para todas as profissões, em especial nas
795 regiões onde são mais necessários. No mais, avaliou que o CNS deve pautar debate sobre a saída das
796 representações médicas do Conselho, particularmente da CIRH, uma vez que a ausência das
797 entidades representantes desse segmento, como a Associação Brasileira de Educação Médica, traz
798 prejuízos para o debate sobre a formação de médicos no Brasil. Sobre a migração de profissionais,
799 disse que apresentará a experiência do Brasil em relação ao livre mercado no MERCOSUL, além da
800 atuação de médicos e outros profissionais estrangeiros que trabalham no país. Também fez referência
801 ao seminário internacional de regulação do trabalho em saúde e lembrou que, na oportunidade, foi
802 apresentada a possibilidade de o país criar um dispositivo regulador dos conselhos profissionais.
803 Salientou que houve uma desqualificação do CNS, por parte de um dos parlamentares que
804 participavam da audiência, o que causou grande desconforto e manifestações em defesa do controle
805 social como espaço legítimo de interlocução entre o governo e os conselhos profissionais. Conselheira
806 **Nelcy Ferreira da Silva** acrescentou que o CFN, conforme termo de cooperação com o MEC, está
807 avaliando os cursos de nutrição oferecidos no país considerando inclusive os critérios da Resolução
808 350. Destacou que as avaliações demonstram que muitos cursos autorizados não atendem a norma.
809 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, avaliou que a CIRH deve monitorar a
810 abertura de novos cursos na área da saúde e os cursos de residência. Além disso, salientou que é
811 preciso garantir pauta mais política da CIRH no CNS e também incentivar a criação de comissões de
812 recursos humanos nos conselhos estaduais de saúde. No mais, reiterou a importância de ampliar a
813 análise do CNS para os demais cursos da saúde e aproveitou para salientar a necessidade de outras
814 comissões repensarem os seus papéis. Por fim, sugeriu que o Plenário aprovasse uma moção de
815 apoio à definição do piso salarial nacional dos agentes comunitários de saúde a ser encaminhada ao
816 Congresso Nacional. Encaminhando, conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** consultou o Plenário se
817 havia consenso sobre a proposta de aprovar moção de apoio à definição do piso salarial nacional para
818 todos os profissionais de saúde, incluindo os agentes comunitários de saúde, para ser enviada ao
819 Congresso Nacional. **A proposta foi aprovada. A minuta será elaborada e apresentada**
820 **posteriormente.** Além disso, salientou que posteriormente seriam definidos os encaminhamentos do
821 item 2 da pauta. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH/CNS, reiterou a
822 necessidade de rever a resolução do CNS sobre a avaliação dos processos para garantir organicidade
823 ao que está por vir. Salientou que, para ser propositivo e indutor de melhoria de qualidade, o CNS
824 precisa opinar sobre todos os cursos da área da saúde e criar recomendações para requalificá-los.
825 Disse que a CIRH irá elaborar material para ser apresentado ao CNS e uma nova proposta de
826 resolução a respeito da análise de processos. Também perguntou se havia concordância com a

827 proposta de o CNS avaliar os demais cursos da saúde uma vez que seria necessário apresentar essa
828 demanda ao MEC e definir a logística necessária. Feito essa fala, passou aos pareceres elaborados
829 pela CIRH que demandavam a manifestação do CNS. Antes, informou mudança na dinâmica da
830 apreciação dos processos, que passaria a ser a seguinte: envio com antecedência; prazo de 24 horas
831 antes da reunião do CNS para apresentação de destaques; os destacados seriam apreciados em
832 Plenário; os não destacados seriam apreciados em bloco. Lembrou que o parecer poderia ser
833 satisfatório, insatisfatório e satisfatório com recomendação. Sendo assim, ao avaliar a renovação do
834 reconhecimento, seria verificado se as recomendações foram atendidas ou não e o impacto na
835 qualidade do índice geral de cursos e na qualidade da participação do aluno no ENADE. Conselheira
836 **Oriana Bezerra Lima** solicitou que, nos casos dos pareceres satisfatórios com recomendações, fosse
837 feita a leitura das recomendações da CIRH. Além disso, avaliou que, a depender da recomendação,
838 seria complexo aprovar o parecer, uma vez que não seria possível precisar se as recomendações
839 seriam atendidas ou não. A coordenadora da CIRH/CNS explicou que os pareceres satisfatórios com
840 recomendação referiam-se apenas a reconhecimento de curso. Feito esse esclarecimento, apresentou
841 os pareceres relativos aos pedidos de reconhecimento. **1) Processo: 201205705 - Faculdade São**
842 **Bento da Bahia.** Salvador/BA. Psicologia. Reconhecimento. Parecer: favorável ao reconhecimento do
843 curso de Psicologia da Faculdade São Bento da Bahia, com base em análise à luz da Resolução CNS
844 nº. 350/2005, com as seguintes recomendações: a) seja revisto a relação docente número de
845 estudantes, bem como a carga horária de contratualização dos docentes, de modo a assegurar a
846 supervisão do aluno em estágio básico e a orientação dos alunos no estágio supervisionado; e b)
847 incluir a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, para que seja
848 assegurada absorção nos cenários de prática da rede SUS, nos primeiros anos do curso, e não
849 somente a partir do 3º ano. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** interveio para ponderar que a
850 aprovação do curso deveria ser feita após a instituição de ensino atender as recomendações. A
851 coordenadora da CIRH explicou que, ao emitir parecer, a Comissão avaliava os aspectos suficientes e
852 insuficientes para a emissão do parecer. No caso da Faculdade São Bento da Bahia, disse que
853 oferecia uma formação diferenciada ao psicólogo, com oferta de disciplinas relacionadas a pessoas
854 com dificuldade de comunicação, o que não era obrigatório nas diretrizes curriculares. Além disso, a
855 instituição, que é filantrópica, mantém um serviço de atendimento psicológico instalado em um
856 mosteiro, possibilitando o atendimento, por parte dos professores e alunos, de 30 a 100 pessoas dia.
857 Em suma, disse que a instituição atendia doze dos quinze quesitos. No mais, salientou que o corpo
858 docente é qualificado e o questionamento refere-se à carga horária de contrato, pois é basicamente
859 parcial e por hora. Por fim, destacou que a instituição reduziu o número de vagas (de 200 para 80) e
860 demonstra preocupação em formar profissionais com perfil diferenciado. Conselheira **Oriana Bezerra**
861 **Lima** lembrou que, em alguns casos, após a aprovação do reconhecimento, o corpo docente da
862 instituição era demitido. Portanto, reiterou a sua proposta de solicitar à instituição que atenda às
863 recomendações para, posteriormente, aprovar ou não o pedido. Conselheiro **João Rodrigues Filho**
864 sugeriu a definição do prazo de 180 dias para que a instituição atenda as recomendações do CNS. A
865 coordenadora da CIRH lembrou que o parecer do CNS é opinativo, devendo ser emitido em 60 dias,
866 prorrogável por igual período, se solicitado. Caso o parecer seja emitido fora do prazo, o
867 reconhecimento é autorizado independente do parecer do CNS. No caso, disse que não havia mais
868 prazo para solicitar a prorrogação. Além disso, lembrou que todas as instituições devem passar por
869 renovação do reconhecimento e a instituição em análise não poderia ser penalizada uma vez que os
870 alunos nem mesmo passaram por avaliação do ENADE. No mais, avaliou que a instituição consideraria
871 as recomendações do CNS porque os argumentos eram fortes. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**
872 sugeriu apresentar os demais pareceres de reconhecimento com recomendações e votar ao final,
873 considerando o encaminhamento da Conselheira Oriana Bezerra. Seguindo essa proposta, a
874 coordenadora da CIRH continuou a apresentação dos pareceres. **2) Processo: 201206655.**
875 **Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde Lauro de Freitas, Bahia.** Psicologia. Reconhecimento.
876 Dos dados que “constam” no e-MEC, o parecer apresenta os seguintes destaques: Há referência e
877 documentos que comprovem Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as
878 Secretarias de Assistência Social de Pirapiranga e Simão Dias, para utilização da rede de serviços
879 instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei
880 8.080/90); Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC,
881 conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei nº 8.080/90; De
882 acordo com o PPC, A IES menciona como campo de prática a Fundação Beneficência Hospital de
883 Cirurgia, instituição filantrópica, que se localiza no município de Aracajú, mas não inclui a capacidade
884 de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos
885 cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº
886 8.080/90); De acordo com o relatório do INEP (31/05/2013), o corpo docente é composto por 15
887 professores, todos contratados em período integral. Desses 15, 06 são doutores, mas nenhum deles é
888 formado em Psicologia. Segundo os avaliadores do INEP, levando-se em conta o número de vagas
889 ofertado (200 vagas), o mesmo corresponde, de maneira insuficiente, à dimensão do corpo docente e
890 somente 5 dos 15 professores tem formação em Psicologia, os demais são de áreas como Biologia,

891 Letras e Filosofia; Segundo os avaliadores do INEP, não foi possível verificar no PPC do curso os
892 componentes curriculares de temas das Relações Étnico-raciais e questões referentes ao ensino de
893 História e Cultura Afro-brasileira e Africana. Apesar de a IES ter um documento de 2012 (Educação
894 das relações étnico-raciais e indígenas na Faculdade AGES) onde é relatado que existem ações
895 previstas como Festival de Cultura e Pesquisa e história de Paripiranga que contempla as relações
896 escravistas e a população indígena da região, esta proposta não está inclusa e nem indicada no PPC
897 do curso de Psicologia; Em se tratando do número de vagas (100) ofertado para o período noturno,
898 não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada como campo de prática e aprendizagem
899 conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, pois essa rede funciona em horário diurno; e A IES
900 apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 297, o que indica uma
901 avaliação acima de 50%. Parecer final: satisfatório ao reconhecimento do curso de Psicologia da
902 Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde, com base em análise à luz da Resolução CNS nº
903 350/2005, com as seguintes recomendações: a) redução do número de vagas ofertado para abertura
904 do curso de modo a compatibilizar o número de alunos ao quantitativo de docentes contratados.
905 Segundo os avaliadores do INEP, na dimensão do corpo docente constatou-se que dos 15 professores
906 contratados, apenas 5 tem formação em psicologia, portanto, insuficiente para atender o número de
907 vagas proposto (200); b) oportunizar que o aluno mantenha contato com a realidade da prática do
908 psicólogo e da atenção à saúde no primeiro ano do curso; e c) explicitar no projeto pedagógico do
909 curso as garantias de desenvolvimento dos estágios curriculares na capacidade instalada do SUS,
910 para os alunos, principalmente, pelo fato do curso ser ofertado no período noturno. **3) Referência:**
911 Processo nº 201203658. **Interessado:** Centro Universitário Luterano de Palmas. **Curso:** Autorização
912 do curso de Odontologia. Explicou que, embora a IES afirme que existe a intenção de estabelecer
913 convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, não há nenhum documento que comprove
914 essa intenção ou assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as
915 mesmas para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na
916 região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90) (não foi possível visualizar esse documento no E-
917 MEC). Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, o município de Palmas possui 01 CEO
918 e 41 Equipes de Saúde Bucal implantadas com cobertura populacional de 58,43% (Agosto/2013).
919 Existem 55 Centros de Saúde/Unidades Básicas, 07 Hospitais Gerais e 02 Hospitais de especialidades
920 (outubro/2013). São disponibilizados ao SUS, para o Estado, 2.155 leitos. Não há registro no CNES de
921 leitos para o SUS no município de Palmas. (CNES - 10/2013). No Estado de Tocantins, embora no
922 sistema E-MEC esteja constando um registro de 06 IES que oferecem o curso de Odontologia, só 05
923 apresentam dados completos sobre o curso e número de vagas. Dessas 05 IES, todas de caráter
924 privado, 03 estão localizadas no município de Araguaína, que se distancia de Palmas 379 km,
925 oferecendo, ao ano, 240 vagas. O município de Porto Nacional, que se distancia de Palmas 70 km,
926 possui uma IES, de caráter privado, que oferece, anualmente, 40 vagas e, o município de Gurupi, que
927 se distancia 223 km, também possui uma IES que oferece 100 vagas, ao ano. O corpo docente
928 informado é composto por 21 professores: 06 doutores, sendo 01 contratado em regime integral e 05
929 contratados em regime parcial; 12 mestres, sendo 02 contratados em regime integral e 10 contratados
930 em regime parcial e 03 especialistas, sendo 01 contratado em regime integral, 01 em regime parcial e
931 01 contratado em regime hora/aula. Consta no PDI da IES um plano de carreira docente. De acordo
932 com o PPC disponibilizado pelo sistema E-MEC, serão oferecidos o Estágio Curricular Extramuros e
933 Intramuros. No Estágio Curricular Extramuros estão previstas as disciplinas de Odontologia e
934 Sociedade I, II, III, IV e V, que serão oferecidas a partir do 6º semestre e formam parte do eixo
935 temático Ciências Humanas e Sociais, em diferentes níveis de atuação e de intervenção populacional.
936 Para o desenvolvimento destas atividades, o curso deverá estabelecer convênios com a Secretaria
937 Municipal de Saúde de Palmas, a Secretaria Estadual de Saúde e também com a iniciativa privada.
938 Estas áreas identificadas estão, preferencialmente, inseridas dentro das Equipes de Saúde da Família
939 (ESF), atuantes e constituídas ou não por equipes de Saúde Bucal. Nos locais (territórios) onde a
940 atuação se dá sem a participação das ESF, além dos professores orientadores, colaboram com as
941 atividades pedagógicas atores locais, como, por exemplo, líderes comunitários, residentes dos
942 programas de Residência Multiprofissional em Saúde e assistentes sociais vinculadas às empresas
943 conveniadas. Já no Estágio Curricular Intramuros serão oferecidas as disciplinas de Clínica Integral III,
944 IV e V e Manutenção da Saúde em Odontologia, que estão previstas para o 8º semestre. Parecer:
945 satisfatório à autorização do curso de Odontologia do Centro Universitário Luterano de Palmas, com
946 base em análise à luz da Resolução CNS nº. 350/2005, levando-se em conta que o curso responde a
947 demanda social pela formação de odontólogos na região. E que sejam atendidos os critérios
948 preconizados pela Resolução CNS nº 350/2005, bem como sejam firmados e apresentados convênios
949 com as Secretarias de Saúde. **4) 201206655 - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.**
950 **Paripiranga/BA.** Psicologia. Reconhecimento. Parecer: satisfatório ao reconhecimento do curso de
951 Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, com base em análise à luz da Resolução
952 CNS nº. 350/2005, com as seguintes recomendações: a) redução do número de vagas ofertado para
953 abertura do curso; b) oportunizar que o aluno mantenha contato com a realidade da prática do
954 psicólogo e da atenção a saúde no primeiro ano do curso; c) explicitar no projeto pedagógico do curso

955 as garantias de desenvolvimento dos estágios curriculares na capacidade instalada do SUS, para os
956 alunos, principalmente, pelo fato do curso ser ofertado no período noturno. **5) 201116419 - Centro**
957 **Universitário La Salle. Canoas/RS.** Psicologia. Reconhecimento. Parecer: satisfatório ao
958 reconhecimento do curso de Psicologia do Centro Universitário La Salle, com base em análise à luz da
959 Resolução CNS nº. 350/2005, levando-se em conta de que a IES deve apresentar os termos de
960 convênios estabelecidos com as Secretarias Municipais de Saúde para a realização dos estágios, bem
961 como a comprovação da participação direta dos gestores na construção do projeto pedagógico, em
962 andamento. Ressalta-se, também, que deve ser considerada a análise feita pelos avaliadores do INEP
963 que apontam uma falta de ordenação e sequenciamento da estrutura curricular, dificultando a
964 aprendizagem do aluno e o desenvolvimento de competências e habilidades, conforme proposto na
965 DCN para os cursos de Psicologia, observação essa endossada pelos docentes junto aos avaliadores.
966 **Manifestações.** Conselheira **Oriana Bezerra Lima** reiterou a sua posição contrária à aprovação do
967 pedido de reconhecimento de cursos sem a comprovação de informações (documento que comprove
968 convênios, local de estágio, entre outros). Nesse sentido, defendeu que o CNS recomende a instituição
969 que apresente a documentação para avaliação e posterior aprovação. Conselheiro **Gerdo Bezerra de**
970 **Faria** também discordou de parecer favorável nos casos de IES que não comprovaram convênio com a
971 Secretaria de Saúde, destacando, inclusive, que as recorrentes mudanças na Secretaria podem
972 prejudicar a definição de convênio. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH,
973 esclareceu que foi sugerido parecer favorável com recomendação porque a CIRH não conseguiu
974 visualizar os documentos no E-Mec, por conta de dificuldade de acesso ao Sistema, o que não
975 significa que a documentação não exista. Explicou que houve mudanças no Sistema informatizado no
976 MEC e IES apresentaram a documentação no sistema antigo e não foi possível fazer a migração de
977 documentos para o sistema novo. Disse que na descrição do projeto pedagógico as IES informam os
978 locais de prática dos alunos. Por isso, solicita-se às instituições de ensino que reapresentem o termo e
979 o sistema seja reaberto, possibilitando anexar o documento. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho**
980 **Pontes**, em que pese o esforço da Comissão e do CNS para tratar do tema, avaliou que ainda não se
981 chegou ao desejável no que se refere ao processo de análise de cursos. Como proposta alternativa,
982 sugeriu que o CNS aprove *ad referendum* o processo caso a CIRH consiga visualizar os documentos
983 que comprovem as informações. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** avaliou que o parecer do CNS
984 não tem efeito prático, pois não é conclusivo e salientou que, na falta de documento, não se deve
985 analisar o processo. Conselheira **Júlia Maria Roland** sugeriu apreciar os pareceres em dois grupos -
986 aprovar os processos cuja recomendação se refere à comprovação de documento; e apreciar outros
987 cujas recomendações se referem a outras questões. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
988 coordenadora da CIRH, explicou que os prazos para análise dos processos em debate expiraram ou
989 estavam na eminência de encerrar. De todo modo, disse que os processos podiam ser separados em
990 dois grupos – dois cujo termo não foi possível visualizar; e um que precisaria qualificar alguns aspectos
991 na renovação de reconhecimento. Também ressaltou que os pareceres do CNS são considerados pelo
992 MEC no processo de abertura, reconhecimento e renovação. Conselheiro **Ubiratan Cassano** destacou
993 o importante papel da Comissão no processo de avaliação de processos, todavia, sugeriu deixar em
994 aberto os processos em questão até que a Comissão visualizasse a documentação, tendo em vista ser
995 fundamental a definição e a garantia de local para a prática de estágio. Conselheiro **João Rodrigues**
996 **Filho** fez referência à Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde Lauro de Freitas, na Bahia, para
997 manifestar a sua posição contrária ao parecer por conta do campo de estágio. Conselheira **Ivone**
998 **Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, em relação aos três processos que faltavam
999 documentação - Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde Lauro de Freitas, Centro Universitário La
1000 Salle e Centro Universitário Luterano de Palmas – propôs contatar o MEC para tentar resgatar no
1001 sistema antigo os termos do convênio citado no Projeto Pedagógico. Em relação aos outros dois -
1002 Faculdade São Bento da Bahia e Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – disse que as
1003 recomendações não teriam interferência expressiva, pois a intenção foi qualificar melhor. Portanto,
1004 perguntou se o Plenário se sentiria mais esclarecido para votar sem as recomendações. Conselheira
1005 **Oriana Bezerra Lima** discordou do encaminhamento de suprimir as recomendações e sugeriu não
1006 apreciar nenhum dos pareceres até que as recomendações fossem esclarecidas. Conselheira **Nelcy**
1007 **Ferreira de Almeida** colocou em apreciação o encaminhamento: suspender a apreciação dos
1008 pareceres relativos à Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde Lauro de Freitas, ao Centro
1009 Universitário La Salle e ao Centro Universitário Luterano de Palmas; e apreciar os pareceres relativos à
1010 Faculdade São Bento da Bahia e à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, excluindo as
1011 recomendações. Conselheira **Sandra Régis** recuperou que o Plenário, em decisão anterior, autorizou
1012 a inclusão de recomendações nos pareceres, se fosse necessário. Feitas essas considerações, a
1013 coordenadora da mesa colocou em apreciação os encaminhamentos apresentados: 1) suspender a
1014 apreciação dos pareceres relativos à Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde Lauro de Freitas, ao
1015 Centro Universitário La Salle e ao Centro Universitário Luterano de Palmas para tentar resgatar no
1016 sistema os termos do convênio; 2) manter e apreciar o parecer da CIRH em relação à Faculdade São
1017 Bento da Bahia e à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais ou retirar os pareceres e retomar ao
1018 Plenário, para apreciação, até que as recomendações fossem atendidas pela IES. Conselheira **Ivone**

1019 **Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, disse que a proposta de retirar os pareceres e retomar ao
1020 Plenário, para apreciação, até que as recomendações fossem atendidas pela IES era inviável porque o
1021 prazo para manifestação do CNS se expiraria nos próximos dias e retê-los no Conselho judicializaria o
1022 processo. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** explicou que os pareceres relativos à Faculdade
1023 São Bento da Bahia e à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da CIRH apresentaram
1024 recomendações no sentido de qualificar ainda mais o curso. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
1025 coordenadora da CIRH, explicou que um dos cursos é noturno e não é obrigatório no projeto
1026 pedagógico, nem na Resolução nº. 350 que a prática de estágio seja no período diurno. Disse que a
1027 intenção é, nos casos de cursos noturnos, que seja destacado no projeto pedagógico como será feita a
1028 prática de estágio no SUS. No mais, salientou que o gestor acadêmico terá conhecimento do parecer e
1029 irá cumprir as suas exigências. Destacou que o CNS pode aprovar com recomendações e a IES possui
1030 o prazo de 60 dias para entrar no sistema e apresentar a documentação solicitada. Conselheiro **Clóvis**
1031 **Bouffleur** propôs que, oportunamente, a CIRH faça apresentação detalhada sobre o processo de
1032 emissão de pareceres, para esclarecer dúvidas dos conselheiros e solicitou que a mesa procedesse à
1033 votação dos encaminhamentos. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou, no caso de parecer
1034 insatisfatório, em quanto tempo a IES poderia rerepresentar o pedido. A coordenadora da CIRH
1035 concordou que é preciso pautar apresentação sobre o processo de emissão de pareceres, com convite
1036 ao E-MEC. Também explicou que, no caso de parecer insatisfatório, a IES deveria apresentar novo
1037 pedido de reconhecimento. Feitas essas considerações, a coordenadora da mesa colocou em votação
1038 as seguintes propostas: 1) aprovar o parecer da CIRH em relação à Faculdade São Bento da Bahia e à
1039 Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, com as devidas recomendações; e 2) retirar os pareceres
1040 até que esclareça os pontos que precisam de esclarecimento. **Aprovados os pareceres elaborados**
1041 **pela CIRH relativos à Faculdade São Bento da Bahia e à Faculdade de Ciências Humanas e**
1042 **Sociais, com as devidas recomendações com uma abstenção. Além disso, o Plenário decidiu**
1043 **suspender a apreciação dos pareceres relativos à Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde**
1044 **Lauro de Freitas, ao Centro Universitário La Salle e ao Centro Universitário Luterano de Palmas**
1045 **para tentar resgatar no sistema os termos do convênio; e pautar apresentação sobre o**
1046 **processo de emissão de pareceres, com convite ao E-MEC.** Em seguida, a coordenadora da CIRH
1047 apresentou os pareceres relativos à autorização de abertura de cursos: 1) Processo 201208762 -
1048 Estácio Fatern. Faculdade Estácio do Rio Grande do Norte. Nata/RN. Psicologia. Autorização. Parecer:
1049 insatisfatório. 2) Processo 201110908 - Faculdade de Getúlio Vargas. Getúlio Vargas/RS. Psicologia.
1050 Autorização. Parecer: insatisfatório. 3) Processo 201210642 - Faculdade Metropolitana da Grande
1051 Fortaleza. Fortaleza/CE. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. 4) Processo 201205799 -
1052 Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Campinas/SP. Psicologia. Autorização. Parecer:
1053 insatisfatório. 5) Processo 201115546 - Faculdade de Medicina de Olinda. Olinda/PE. Medicina.
1054 Autorização. Parecer: insatisfatório. 6) Processo 201216287 - Faculdade Anglo-Americano de Bagé.
1055 Bagé/RS. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. 7) Processo 201216291 - Faculdade Anglo-
1056 Americano de Passo Fundo. Passo Fundo/RS. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. 8)
1057 Processo 201113093. Universidade Estácio de Sá. Petrópolis/RJ. Psicologia. Autorização. Parecer:
1058 insatisfatório. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sugeriu que fosse feita uma síntese dos processos
1059 em apreciação. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** solicitou maiores considerações
1060 sobre o parecer relativo à Faculdade de Medicina de Olinda. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
1061 coordenadora da CIRH, explicou que o parecer é insatisfatório tendo em vista que os dados
1062 disponibilizados no E-MEC para avaliação do curso de Medicina com vistas a parecer de autorização
1063 indicam que: 1) Há documentação disponibilizada no sistema E-MEC que comprova o Termo de
1064 Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde de Olinda e
1065 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, para utilização da rede de serviços instalada e de
1066 outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8.080/90); 2) Há
1067 referência à participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação
1068 da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei nº 8.080/90; 3) Há referência à presença
1069 do aluno, na comunidade, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005;
1070 4) De acordo com o relatório do INEP reformulado pela CTAA (06/08/2013), o PPC do curso contempla
1071 as demandas efetivas de natureza econômica e social quando evidencia a necessidade de médicos
1072 para atuar no Sistema Único de Saúde e a previsão de formar um profissional com formação geral, que
1073 compreenda o seu papel social e saiba atuar na resolução dos problemas de saúde da região com
1074 formação integrada ao SUS; 5) Embora o corpo docente informado corresponda a 24 professores dos
1075 quais 15 são doutores, sendo 07 contratados em regime integral e dos 09 mestres, 05 também estão
1076 contratados em regime integral, totalizando 12 professores em regime integral. No entanto, segundo os
1077 avaliadores do INEP, apesar de todas estas características importantes, na reunião realizada com os
1078 docentes, verificou-se o desconhecimento do projeto por muitos e a inexperiência com a metodologia a
1079 ser usada. Existe predomínio de cirurgiões e especialistas, o que não favorece a execução do PPC;
1080 nos dois primeiros anos do curso. 6) De acordo com os avaliadores do INEP, a instituição tem vários
1081 convênios assinados com diversos serviços e, particularmente, com as Secretarias de Saúde do
1082 Município de Olinda e de Recife. Nas reuniões com as instituições verificou-se o apoio da

1083 administração central do município de Olinda à implantação do curso, carecendo ainda de
1084 detalhamento mais fino para a operacionalização da parceria. No entanto, os avaliadores do INEP
1085 ressaltam que, na reunião realizada no Hospital da Restauração, em Recife, com a presença da
1086 representante da Secretaria de Saúde do Estado responsável pela definição das vagas nos hospitais
1087 estaduais, ficou evidente que existem dificuldades a serem superadas com relação ao uso dos
1088 Hospitais em Recife como campo de prática, apesar dos convênios assinados. Isto, segundo os
1089 avaliadores, pode resultar em comprometimento da execução de atividades práticas planejadas nos
1090 diferentes módulos, particularmente, os que dependem de leitos hospitalares e ambulatórios
1091 especializados. Torna insuficiente a previsão feita para o internato, dessa forma o que está planejado
1092 em termos de disponibilidade de leitos, orientação e supervisão nas atividades práticas e no estágio
1093 supervisionado pode ser prejudicado e alternativas precisam ser encontradas. A previsão de 1
1094 preceptor para cada 2 alunos pode estar longe da realidade; 7) De acordo com o relatório do INEP
1095 reformulado pela CTAA (06/08/2013), o PPC prevê que 100% dos docentes dos módulos sejam
1096 responsáveis pela supervisão da assistência médica a eles vinculadas, mas, nas condições atuais do
1097 curso, embora exista contrato estabelecido com as Secretarias de Saúde de Olinda e Recife, ainda não
1098 existe garantia de quais serviços vão ser disponibilizados para atividades práticas dos alunos nos
1099 Hospitais de Recife. As informações fornecidas sobre o corpo docente são insuficientes para afirmar
1100 que eles terão condições de exercer tal supervisão. Existem docentes compromissados que são
1101 contratados em regime de 40 horas e até em dedicação exclusiva em outras instituições; 8) De acordo
1102 com o relatório do INEP reformulado pela CTAA (06/08/2013), a IES ainda não tem qualquer curso de
1103 graduação, mesmo fora da área da saúde. Embora haja previsão de um processo de autoavaliação do
1104 curso, não está claro como os resultados serão utilizados para a melhoria do curso, nem existe
1105 previsão de meta-análise da autoavaliação. 9) De acordo com os avaliadores do INEP, o Laboratório
1106 de Anatomia ainda não se encontra equipado. Existem 04 tanques para cadáveres, mas apenas 01
1107 mesa para dissecação em um ambiente muito reduzido acomodando apenas 05 pessoas. Não existem
1108 exaustores suficientes para a segurança dos usuários quando a sala estiver funcionando com
1109 cadáveres formolizados e a rede de esgotos não está adaptada para a proteção do meio ambiente. A
1110 sala disponibilizada para o Biotério não obedece às normas técnicas exigidas. O piso e as paredes são
1111 de azulejo o que facilita a proliferação de bactérias e fungos nos rejuntas; existem aberturas para o
1112 exterior possibilitando a entrada de insetos e roedores da rua que contaminarão a ração, a limalha e os
1113 animais de experimentação. O ambiente não está dividido em área limpa e área suja. A área de
1114 paramentação, que compõe um laboratório de cirurgia experimental e que deveria servir para o
1115 treinamento de habilidades, não dispõe de torneiras adequadas. Os três Laboratórios Multidisciplinares
1116 ainda carecem dos equipamentos. Os microscópios foram comprados (a IES apresentou as notas
1117 fiscais), mas não chegaram; 10) De acordo com os avaliadores do INEP, embora existam convênios
1118 formalizados entre os gestores da saúde, tanto do Município de Olinda como de Recife, os campos de
1119 práticas em unidades hospitalares representam um grave problema para o curso, pois não existem
1120 protocolos de operacionalização. O Município de Olinda disponibiliza a Rede de Atenção Básica, mas
1121 os hospitais não têm leitos suficientes para receber os alunos no internato e no período de pré-
1122 internato. O Município de Recife criou uma central de distribuição dos alunos da área de saúde e,
1123 segundo afirmou a coordenadora de Ensino da Secretaria de Saúde, atualmente somente poderia
1124 receber os alunos do internato nos leitos de especialidades. Segundo observado pelos avaliadores
1125 responsáveis, durante a reunião realizada com essa representante da Secretaria de Saúde, o Diretor
1126 do Hospital da Restauração e os gestores da IES, houve momentos de grande tensão. Esses últimos
1127 afirmavam que o Município dispunha de leitos nas áreas básicas sem utilização para ensino e a
1128 Secretaria negava esse fato. Os dois Hospitais Agamenom Magalhães e Getúlio Vargas não foram
1129 visitados, por solicitação dos mantenedores, sob a alegação de que eles não estavam devidamente
1130 preparados para receber os avaliadores. Para substituir esses hospitais, foi proposto o Hospital da
1131 Restauração, que tem 600 leitos, mas o diretor da unidade se declarou surpreso com a possibilidade
1132 de receber alunos da IES. O sistema de referência e contrarreferência estão instalados e
1133 operacionalizados nos dois municípios e o aluno, se resolvidas às questões anteriores, terá
1134 oportunidade de realizar o seguimento do paciente; 11) Não existe Comitê de Ética registrado. **Feito
1135 esse esclarecimento, a mesa colocou em apreciação dos oito pareceres elaborados pela CIRH
1136 relativos à autorização de abertura de cursos, que foram aprovados com uma abstenção.
1137 Devido ao adiantado da hora, acordou-se que os cinco processos pendentes retornariam no
1138 segundo dia para apreciação: Processo nº 201116419 - Interessado: Centro Universitário La
1139 Salle; Processo nº 201202496 - Centro Universitário de Anápolis; Processo nº 201202946 -
1140 Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde; Processo nº 201203658 - Centro Universitário
1141 Luterano de Palmas; e Processo nº 201208363 - Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde.**
1142 Com essa definição, a mesa suspendeu para o lanche. Inversão de pauta. **ITEM 6 - INFORMES E
1143 INDICAÇÕES - Informes da V Conferência Nacional de Saúde Indígena – V CNSI - Composição
1144 da mesa: Conselheiro Antônio Alves de Souza, Secretário de Saúde Indígena – SESAI/CNS;
1145 conselheiro Clóvis Bouffleur, secretário da V CNSI; e Bianca Moura, assessora da SESAI. O
1146 Secretário Antônio Alves de Souza fez um informe sobre a V Conferência Nacional de Saúde**

1147 Indígena, destacando a realização de 306 etapas locais e 34 etapas distritais, como eleição, nessa
1148 última etapa, de 1.352 delegados. Somados aos delegados do CNS e outros de entidades nacionais,
1149 convidados, palestrantes, disse que a delegação da V CNSI será de 1.536 delegados. Também
1150 comunicou o Plenário que foi necessário modificar a data da etapa nacional para 2 a 6 de dezembro
1151 por conta da impossibilidade de assegurar hospedagem a todos os participantes na data anteriormente
1152 agendada. Relatou ainda que foi realizada reunião com os coordenadores dos DSEIS, os presidentes
1153 dos conselhos distritais e organizações indígenas onde foi realizado balanço sobre as etapas locais.
1154 Dos pontos destacados nas conferências locais que serão levantados na etapa nacional, salientou:
1155 autonomia dos Distritos – o que significa essa autonomia; assistência farmacêutica – dificuldade de ter
1156 acesso a medicamentos que não constam na RENAME; média e alta Complexidade e relação SUS e
1157 Subsistema - dificuldade de acesso ao SUS e entendimento que o SUS é um empecilho para o
1158 Subsistema. Portanto, o CNS deve defender o fortalecimento do SUS como estratégia para consolidar
1159 o Subsistema; determinantes sociais da saúde e intersetorialidade; segurança nutricional e alimentar –
1160 o que fazer, por exemplo, em relação às crianças tratadas por desnutrição que retornam às aldeias e
1161 voltam a ficar desnutridas; demarcação de terra e projeto de sustentabilidade; saneamento básico e
1162 relação com a mortalidade infantil; recursos humanos para a saúde indígena – foi realizado
1163 chamamento público e será realizado concurso público, mas a área meio ainda é frágil. É necessário
1164 assegurar educação permanente vinculada à forma de contratação, perfil de profissionais. Além disso,
1165 as escolas não preparam para atuar em saúde indígena, o que fortalece o choque de cultura;
1166 ecodesenvolvimento - demarcação de terra, território, terra, água, ambiente/natureza; garantia de
1167 logística – transporte fluvial, aéreo – equipamentos e necessidade de estruturação das unidades; e
1168 índio aldeado e não aldeado – item polêmico inclusive nas comunidades. Também explicou que os
1169 Conselhos Municipais de Saúde deveriam ter indicado dois delegados – gestor e trabalhador - para a
1170 etapa distrital, todavia, essa indicação não ocorreu como devido, o que trará prejuízo em relação à
1171 participação da representação municipal na etapa nacional da conferência. Por fim, frisou que o CNS
1172 terá a tarefa de fazer com que os delegados entendam o que é o Conselho - instância maior de
1173 controle social - e a importância do SUS, inclusive para o fortalecimento do Subsistema de Saúde
1174 Indígena. Conselheiro **Clóvis Boufleu** disse que a CISI reuniu-se e apontou quatro pontos de
1175 consenso - indígenas, não indígenas e conselheiros nacionais - a serem considerados no debate da
1176 Conferência: garantir serviços de média e alta complexidade de qualidade, conforme legislação vigente
1177 (Decreto nº. 7.508 e outros); fortalecer o Distrito Sanitário como espaço de construção do Subsistema
1178 e do SUS; assegurar acesso para todos os indígenas aos serviços de saúde de qualidade; e
1179 necessidade de uma política pública de Estado específica para os povos indígenas. Também salientou
1180 que a proposta do governo federal para estados e municípios em relação à atenção básica deve ser
1181 adequada aos povos indígenas. Por fim, lembrou que foram destinadas 48 vagas para os conselheiros
1182 titulares (ou suplentes, no caso da impossibilidade) e até aquele momento poucos haviam se inscrito.
1183 Sendo assim, solicitou que a ficha de inscrição fosse entregue à assessora técnica da Comissão, Maria
1184 Camila Faccenda. Em seguida, interveio a relatora-geral da 5ª CNSI, professora **Maria de Fátima**
1185 **Sousa**, que iniciou agradecendo a confiança no seu nome para conduzir os trabalhos da relatoria e por
1186 ter sido acatada a proposta de incluir estudantes da Universidade de Brasília para compor a equipe de
1187 relatores (apoiadores). Explicou que, além dos quinze integrantes da comissão de relatoria, mais
1188 quinze profissionais com vivência em saúde indígena foram convidados para contribuir, compondo uma
1189 equipe ampliada. Disse que apresentara uma agenda de trabalho para a Comissão Organizadora e as
1190 sugestões dos integrantes dessa Comissão foram incorporadas. Destacou que a Comissão
1191 concentrou-se em três grandes tarefas: elaboração de documento orientador para os 34 Distritos
1192 Sanitários; realização de oficina com os relatores, em Brasília, para treinamento no SIS Conferência; e
1193 realização de oficina para conclusão do Relatório Consolidado das etapas locais e distritais, que fora
1194 disponibilizado à comissão organizadora. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**
1195 **(“Santinha”)** perguntou se os participantes da Conferência foram informados sobre a mudança da
1196 data da etapa nacional. Conselheiro **Edmundo Omore**, primeiro, agradeceu o apoio dos conselheiros
1197 à causa dos povos indígenas e saudou o Secretário Antônio Alves. Disse que é preciso definir ações
1198 para assegurar atenção básica de qualidade nas aldeias, assegurando autonomia dos Distritos.
1199 Salientou que a bandeira dos povos indígenas é a defesa do etnodesenvolvimento sustentável para os
1200 povos indígenas, com garantia de terra. Por fim, frisou a importância de garantir a participação do
1201 secretariado do MS na Conferência para debater a saúde indígena. Conselheira **Maria do Socorro de**
1202 **Souza**, Presidente do CNS, salientou que o governo Lula e o governo Dilma assumiram o
1203 compromisso com a construção de uma política indigenista, o que implicaria um compromisso do
1204 Estado com as demandas dos povos indígenas. Ressaltou que se percebe no governo Dilma um
1205 esvaziamento maior da intenção de uma política indigenista para enfrentar os gargalos e os problemas
1206 dos indígenas. Avaliou que, diante do não funcionamento do conselho de políticas indigenistas, as
1207 questões são remetidas para o campo da saúde, todavia, a saúde participa da política indigenista, mas
1208 não é sua responsabilidade tratar todas as demandas. Salientou ainda que o etnodesenvolvimento é
1209 uma condição de reconhecimento desses povos e está em risco a continuidade histórica e geracional
1210 dessa população. Diante desse cenário, sugeriu elaborar uma recomendação, dirigida ao governo

1211 brasileiro, salientando a responsabilidade com a formulação e implementação de uma política de
1212 saúde indigenista, propondo inclusive a realização de uma conferência de política indigenista. Também
1213 avaliou que o MS deve apresentar uma resposta mais incisiva aos problemas diagnosticados, com a
1214 definição de pacto articulado com as secretarias, para ser apresentada na V Conferência. No mais,
1215 disse que a mudança da data da etapa nacional será comunicada a todos os participantes da
1216 Conferência. Conselheiro **Marcos Antônio Gonçalves** propôs que seja ampliada a participação de
1217 outros ministérios na Conferência, por conta da amplitude do debate. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
1218 **Carvalho Pontes** destacou que os debates nas conferências distritais foram ricos e houve discussões
1219 importantes em outros fóruns. Desse modo, concordou com a proposta de elaborar um documento
1220 seguindo o acúmulo de debate das atividades já realizadas. O Secretário **Antônio Alves de Souza**
1221 explicou que, ao ser comunicado sobre a impossibilidade de assegurar hospedagens aos delegados na
1222 data pré-determinada, foi feito comunicado à Comissão Organizadora da Conferência, ao CNS e aos
1223 presidentes dos CONDISI. Também disse que o Ministro da Saúde encaminhará convite a outros
1224 ministérios e a Presidente da República comprometeu-se a participar da abertura da Conferência. Com
1225 essa fala, a presidente do CNS agradeceu a presença do Secretário e encerrou o ponto. Antes de
1226 iniciar o próximo item, conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou o CONASEMS pela
1227 publicação na Revista que faz jus ao compromisso com a implementação da Política de Saúde da
1228 População Negra. Também reiterou a solicitação de pauta, na reunião ordinária de dezembro, para
1229 tratar da Política. **ITEM 5 – ELEIÇÃO PARA O PLENO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM**
1230 **PESQUISA – CONEP/CNS – Composição da mesa:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1231 coordenador da CONEP/CNS; e **Márcia Motta**, Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT.
1232 *Coordenação:* conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Antes de iniciar a
1233 eleição, o coordenador da CONEP submeteu à apreciação do Plenário uma proposta de moção.
1234 Explicou que a Associação Médica Mundial, reunida em outubro de 2013, aprovou nova Declaração de
1235 Declaração de Helsinque mantendo a mesma posição da Assembleia de 2008, que libera o uso de
1236 placebo em seres humanos. Disse que o Conselho Federal de Medicina posicionou-se contra a
1237 aprovação das modificações promulgadas pela Associação Médica Mundial na Declaração de
1238 Helsinque, especialmente no que diz respeito à utilização de placebo. Desse modo, a entidade solicita
1239 o apoio da CONEP contra as referidas modificações porque contrariam o Código de Ética Médica.
1240 Considerando que a Comissão se reuniria somente no fim do mês, disse que foi elaborada proposta de
1241 moção a ser apreciada pelo Plenário, com o seguinte texto: “Considerando que é responsabilidade do
1242 Conselho Nacional de Saúde elaborar, em conjunto com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de
1243 Educação Permanente para o Controle Social do SUS; Considerando a responsabilidade na proteção à
1244 integridade dos participantes de pesquisa, bem como no exame dos aspectos éticos das pesquisas
1245 que envolvem seres humanos, missão da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP que é
1246 uma das Comissões do CNS; Considerando que o Governo Brasileiro não ratificou a Declaração de
1247 Helsinque de 2008, razão pela qual o CNS aprovou a Resolução CNS nº 404/2008, hoje incorporada
1248 na Resolução CNS 466/12, que trata dentre outras providências da regulamentação do uso de placebo
1249 em pesquisa envolvendo seres humanos visando a proteção e o bem estar do participante de
1250 pesquisa. Vem a público manifestar seu total apoio às iniciativas que reforçam o posicionamento do
1251 Brasil frente à Declaração de Helsinque, inclusive em sua versão 2013, quanto a limitar a utilização de
1252 placebo em pesquisas com seres humanos apenas aos casos em que não houver outro tratamento
1253 eficaz”. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** solicitou maiores esclarecimentos sobre a posição das
1254 entidades médicas. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, explicou que, em 2008, o
1255 governo e as entidades médicas manifestaram-se contrários à flexibilização do uso de placebo,
1256 todavia, em 2013, a AMB mudou de posição, sem discutir com as entidades. Conselheira **Alessandra**
1257 **Ribeiro de Souza** sugeriu substituir o termo “frente” por “contrário”, a fim de tornar o texto mais claro.
1258 **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a moção de apoio com a substituição do termo**
1259 **“frente” por “contrário”**. Definido esse ponto, iniciou-se o processo eleitoral da CONEP. Primeiro, o
1260 coordenador da CONEP explicou que, das vagas de indicação dos CEP, deveriam ser eleitos onze
1261 representantes; dois suplentes; e um nome para substituir o professor Aníbal Gil Lopes que renunciou
1262 ao mandato. Portanto, a proposta do GT era eleger 12 membros titulares (um para substituir o
1263 professor Aníbal Gil Lopes, com mandato menor); e dois para suplentes. Lembrou que na última
1264 reunião do CNS apresentara lista elaborada pelo GT da CONEP com as seguintes sugestões de
1265 nomes: Edna Ferreira Coelho Galvão, educadora física, doutora em educação, Estado do Pará;
1266 Aldaiza Marcos Ribeiro, médica infectologista, pediatra, Estado do Ceará; Marie Togashi, nutricionista,
1267 pós-doc em biologia e nutrição, Distrito Federal; Silvia Mara Maloso Tronconi, enfermeira, especialista
1268 em enfermagem, Estado do Goiás; Antônio Hugo Campos, médico patologista, Estado de São Paulo;
1269 Ângela Fernandes Escher Moritz, cientista social, doutora em saúde pública, Estado do Rio de Janeiro;
1270 Pedro Carlos Stelian, dentista e representante dos usuários, Estado de São Paulo; José Humberto
1271 Tavares Guerreiro Fregnani, médico oncologista, doutor em oncologia, Estado de São Paulo; Fernando
1272 Batigalia, médico, Estado de São Paulo (mandato de 2 anos, em substituição ao membro Aníbal Gil
1273 Lopes que saiu da Comissão); Maria Cristina Paganini, enfermeira, doutora em enfermagem, Estado
1274 do Paraná; Sérgio Surugi de Siqueira, farmacêutico, doutor em ciências biológicas, Estado do Paraná;

1275 Maria Mercedes de Almeida Bendati, bióloga, mestre em ecologia. Suplentes: Cláudio Stefanoff,
1276 biólogo, doutor em ciências, do Estado do Rio de Janeiro; Caio Coelho Marques, médico ginecologista,
1277 doutor, Estado do Rio Grande do Sul. Salientou que a comissão tentou manter o equilíbrio entre as
1278 profissões e entre as regiões do país. Não havendo questionamentos, a mesa colocou a lista de nomes
1279 em apreciação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a lista de representantes dos CEP para**
1280 **compor a CONEP.** Seguindo, o coordenador da CONEP explicou que o Plenário deveria eleger dois
1281 nomes de usuários – um para substituir o conselheiro Gilson Silva e um para substituir a ex-
1282 conselheira Maria Thereza (neste caso, concluir o mandato de 2 anos) e um nome de trabalhador de
1283 saúde para substituir a conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza.** **Considerando que houve apenas**
1284 **um candidato para ocupar a vaga do representante dos trabalhadores, o Plenário aprovou, por**
1285 **aclamação, o nome da conselheira Alessandra Ribeiro de Souza.** Em relação ao segmento de
1286 usuários, explicou que se inscreveram quatro candidatos para ocupar vaga na CONEP: **Nadir**
1287 **Francisco do Amaral; Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro; Gilson Silva; e Ubiraci Matildes de**
1288 **Jesus.** Como encaminhamento, propôs que o mais votado assumisse o mandato de 4 anos e o
1289 segundo o mandato de dois anos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou que o Fórum dos
1290 Usuários reuniu-se no dia anterior e, por votação, indicou o conselheiro Nadir Francisco do Amaral e a
1291 conselheira Ubiraci Matildes de Jesus para ocupar as vagas de usuários na Comissão. Em que pese
1292 essa definição, salientou que o Plenário era soberano para definir os representantes para a CONEP.
1293 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que a conselheira Ubiraci
1294 Matildes de Jesus não pôde comparecer porque participava da Conferência de Promoção da Igualdade
1295 Racial como coordenadora de grupos de trabalho. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a
1296 conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro não se fazia presente por conta da rotatividade de
1297 entidades do segmento de usuários. A seguir, a mesa abriu a palavra para defesa de candidaturas.
1298 Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** explicou que se candidatou para compor a CONEP porque,
1299 na condição de coordenador do Fórum de Patologias de São Paulo, desenvolvia trabalho com os CEP
1300 do Estado. Inclusive, informou que, em 2012, o Fórum indicou 48 usuários para os CEP do Estado e da
1301 cidade de São Paulo. Salientou que a sua defesa seria garantir maior visibilidade dos usuários nos
1302 CEP e assegurar a capacitação desse segmento para participar desses espaços. Conselheiro **Gilson**
1303 **Silva** disse que se candidatou por entender que pode contribuir por conta da sua experiência em CEP
1304 como o da PUC e da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (no último caso, é membro do Comitê).
1305 Também lembrou que foi indicado para compor a CONEP para concluir mandato (de 8 meses) em
1306 substituição à ex-conselheira Eline Jonas. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** defendeu a
1307 candidatura da conselheira Ubiraci Matildes por entender que poderia contribuir com a CONEP
1308 considerando o trabalho na saúde da população negra, inclusive sobre anemia falciforme. Conselheira
1309 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, acrescentou que a conselheira Ubiraci Matildes de
1310 Jesus teria disponibilidade para construir expressivamente com a CONEP, porque, em 2014, devido ao
1311 rodízio na representação, assumiria a suplência. Conselheiro **Nadir Francisco do Amaral** explicou
1312 que a conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro dispôs-se a participar da CONEP por conta do seu
1313 envolvimento em pesquisas e por entender que poderia contribuir com os trabalhos da Comissão. Em
1314 seguida, foi feita a chamada dos conselheiros aptos a votar. O processo eleitoral contou com 34
1315 votantes. O resultado final da votação foi o seguinte: **Nadir Francisco do Amaral – 22 votos;**
1316 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – 17 votos; Ubiraci Matildes de Jesus – 16 votos; e Gilson**
1317 **Silva – 11 votos. Dois votos em branco. Diante desse resultado, a mesa declarou eleitos para**
1318 **ocupar as duas vagas de usuários na CONEP: conselheiro Nadir Francisco do Amaral (mandato**
1319 **de 4 anos); e conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro (mandato de 2 anos).** Conselheiro
1320 **Carlos Alberto Duarte** explicou que o coordenador adjunto da CONEP seria definido no dia seguinte.
1321 Os representantes do CNS na CONEP apresentariam uma proposta para a coordenação adjunta.
1322 Antes de encerrar, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo** fez a leitura, para conhecimento,
1323 do texto final da moção sobre a Declaração de Helsinque: o CNS vem a público reafirmar: a) total
1324 apoio às iniciativas do Brasil contrárias às modificações da Declaração de Helsinque, inclusive em sua
1325 versão de 2013, quanto à utilização de placebo em pesquisas com seres humanos; b) seu
1326 posicionamento de limitar o uso de placebo naqueles casos em que não houver um outro tratamento
1327 eficaz. Finalizando, o coordenador da mesa explicou que os itens pendentes da CIRH e os informes e
1328 indicações seriam apresentados no segundo dia. Com isso, encerrou o primeiro dia de reunião.
1329 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de
1330 Movimentos Populares (CMP); **Alexandre Rocha Santos Padilha**, Ministério da Saúde; **Arlson da**
1331 **Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Carlos**
1332 **Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Edmundo Dzuaiwi Omere**,
1333 Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**,
1334 Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO;
1335 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**,
1336 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1337 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de
1338 Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários

1339 de Saúde – CONASS; **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria do**
1340 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
1341 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
1342 – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nadir**
1343 **Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes
1344 (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto**
1345 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação
1346 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Renato Almeida de Barros**,
1347 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Rosângela da Silva**
1348 **Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Sandra Regis**,
1349 Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA
1350 Brasil); **Ubiratan Cassano Santos**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da**
1351 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das
1352 Associações de Moradores – CONAM; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de
1353 Síndrome de Down. *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social-
1354 CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e
1355 Turismo; **Ana Maria Lima Barbosa**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
1356 (ONEDEF); **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas
1357 Ocupacional - FENAFITO; **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia –
1358 ABO; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-
1359 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Eliane Aparecida**
1360 **da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS;
1361 **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA;
1362 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Clarice Baldotto**,
1363 Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Fernando Antônio Menezes da Silva**, Ministério da
1364 Saúde; **Francisca Rego Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Larissa**
1365 **Alencar Rodrigues**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Gilene José**
1366 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI);
1367 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários
1368 de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**,
1369 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação
1370 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das
1371 Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério
1372 da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de
1373 Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF;
1374 **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira**
1375 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Marcos Antônio Gonçalves**, Federação
1376 Nacional das Avapes – FENAVAPE; **Maria de Fátima Sousa**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva
1377 – ABRASCO; **Mozart Júlio Tabosa Sales**, Ministério da Saúde; **Nádia Elizabeth Barbosa Villas**
1378 **Boas**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Noemy Yamaguishi Tomita**,
1379 Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1380 Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos
1381 Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
1382 Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** assumiu a
1383 coordenação dos trabalhos e retomou os itens pendentes do primeiro dia de reunião que precisavam
1384 de deliberação. **Em relação ao Item 2 “Tema do mês – Balanço da Política de Atenção Básica nos**
1385 **25 anos do SUS e o Programa mais Médicos e a Assistência Farmacêutica”, colocou em**
1386 **apreciação os encaminhamentos oriundos do debate: convocar a II Conferência Nacional de**
1387 **Assistência Farmacêutica no SUS; manifestar apoio ao PL n°. PL 4.135/12, da Senadora Vanessa**
1388 **Graziotin (prevê a presença de farmacêuticos em todas as unidades de saúde; e manifestar**
1389 **apoio ao PL 4.385/97 - Farmácia como estabelecimento de saúde. Deliberação: aprovados os**
1390 **encaminhamentos.** Na sequência, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – SAÚDE**
1391 **DO TRABALHADOR – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR-**
1392 **Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Coordenador da Comissão Intersetorial de
1393 Saúde do Trabalhador – CIST/CNS; conselheiro **João Rodrigues Filho**, coordenador adjunto da
1394 CIST/CNS; **Carlos Augusto Vaz**, Coordenador Geral de Saúde do Trabalhador – SVS/MS.
1395 **Coordenação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. O coordenador da
1396 CIST/CNS explicou que o ponto de pauta seria dividido em duas partes: minuta de Resolução; e
1397 proposta de Regimento Interno da Conferência. Primeiro, explicou que a CIST avaliou que seria
1398 necessário atualizar a Recomendação n°. 34 e transformá-la em resolução, inclusive para incentivar a
1399 construção de CEREST nos municípios. Esclareceu que a Portaria n°. 656 determina a necessidade
1400 de conselhos ou CIT nos locais onde houver CEREST, todavia, hoje havia 210 CEREST no país e
1401 apenas 91 CIT. Diante dessa situação, a proposta visava assegurar a criação de CIT nos locais onde
1402 havia CEREST. Feitos esses esclarecimentos, passou a leitura da minuta: “O Plenário do Conselho

1403 Nacional de Saúde, em sua XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, realizada no dia XX de XXXX de 2013, no uso
1404 de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1405 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1406 e Considerando a Constituição Federal em seus artigos: - Art.196 – A saúde é direito de todos e dever
1407 do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença
1408 e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,
1409 proteção e recuperação. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede
1410 regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes
1411 diretrizes: II - participação da comunidade. Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de
1412 outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica,
1413 bem como as de saúde do trabalhador; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele
1414 compreendido o do trabalho. Considerando a Lei 8.080/90, que traz nos seus artigos: Art. 3º - A saúde
1415 tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o
1416 saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso
1417 aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e
1418 econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do
1419 disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar
1420 físico, mental e social. Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde
1421 (SUS): a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do
1422 trabalhador; e (...). Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados
1423 ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as
1424 diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
1425 VIII - participação da comunidade. Art. 12 - Estabelece a criação comissões intersetoriais de âmbito
1426 nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos
1427 competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As comissões
1428 intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja
1429 execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 13. A
1430 articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as
1431 seguintes atividades: VI - saúde do trabalhador. Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de
1432 Saúde - SUS compete: IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: ... d) de
1433 saúde do trabalhador; V - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes
1434 de trabalho; Art. 18 - define que "À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete: III -
1435 participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de
1436 trabalho; IV - executar serviços: e) de saúde do trabalhador; Considerando a Lei nº 8.142/90 em seus
1437 artigos: Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1438 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as
1439 seguintes instâncias colegiadas: II - Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter
1440 permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de
1441 serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da
1442 execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e
1443 financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada
1444 esfera do governo. Considerando que a participação do controle social é um componente fundamental
1445 no que se refere à construção e à implementação das ações de saúde do trabalhador, conforme
1446 mencionados na Portaria nº 3.120/98, 3.908/98, 1.679/02, 2.728/09 e nº 1.823/12 do Ministério da
1447 Saúde. Resolve determinar, nas três esferas de governo do SUS: Que os Conselhos de Saúde nos
1448 âmbitos Estadual, Distrital e Municipal, promovam a criação da CIST, através de resolução para
1449 assessorar ao Plenário do referido Conselho resgatando e reiterando os princípios do SUS e do
1450 controle social, seguindo as orientações abaixo: Dos objetivos e finalidades da CIST. Acompanhar e
1451 fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
1452 (CEREST), observando seus planos de trabalho; Participar da construção ou sugerir ações no Plano
1453 de Trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Articular políticas e
1454 programas de interesse para saúde do trabalhador cuja execução envolva áreas compreendidas e não
1455 compreendidas no âmbito do SUS; Propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de
1456 suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à saúde do trabalhador; Propor e
1457 acompanhar a implantação de medidas que objetive a melhoria dos serviços de saúde do trabalhador
1458 público e privado; Integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em
1459 torno de um projeto comum, visando a efetivação dos princípios do SUS; Avaliar/analisar os Projetos e
1460 Plano de Saúde apresentados pela Secretária de Saúde através de seus técnicos, focando nas ações
1461 relacionadas à saúde do trabalhador, recomendando ao pleno do conselho de saúde alterações,
1462 complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição; Acompanhar a
1463 implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde
1464 que fiscalize e tome as providências cabíveis caso verifique questões que não estejam de acordo com
1465 o aprovado; Contribuir para a promoção da Sensibilização e Educação Permanente dos
1466 gestores/prestadores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde

1467 do trabalhador; e Contribuir para dar conhecimento à Sociedade em Geral da Legislação em Saúde do
1468 Trabalhador não só do SUS. Da composição: O pleno do conselho de saúde, através de resolução,
1469 deliberará sobre o número de participantes e quais as entidades que comporão a comissão. A
1470 composição deve ser o mais representativa possível, garantindo a presença de conselheiros de saúde
1471 (titulares e/ou suplentes), órgãos/gestores ligados à política de Saúde do Trabalhador e entidades que
1472 atuem em saúde do trabalhador como, por exemplo: centrais sindicais, sindicatos, associação de
1473 moradores/bairros, representação de empregadores, universidades, etc. Portanto, não
1474 necessariamente deve seguir a paridade do conselho de saúde (25% gestores e prestadores de saúde;
1475 25% trabalhadores da saúde e 50% de usuários da saúde). Da coordenação: o Coordenador e o
1476 Coordenador-Adjunto, ambos conselheiros de saúde devendo pelo menos um deles ser conselheiro
1477 titular. Do funcionamento: O Conselho de Saúde deve garantir a condição necessária para o seu pleno
1478 funcionamento, tanto do ponto de vista político como de infraestrutura para realização das reuniões. A
1479 comissão deve discutir e submeter à aprovação do pleno do Conselho de Saúde seu calendário de
1480 reuniões, o plano de ação e suas recomendações.” Conselheiro **João Donizete Scaboli** solicitou
1481 questão de Ordem para registrar a ausência dos representantes dos gestores nesse debate.
1482 **Deliberação: aprovada a proposta de transformar a Recomendação nº. 034 em resolução,**
1483 **conforme proposto pela CIST/CNS.** Na sequência, o coordenador da CIST/CNS procedeu à
1484 apresentação da proposta de Regimento Interno da 4ª CNST. Conforme orientação do Plenário, foram
1485 submetidos à apreciação e deliberação os principais pontos do documento: 1) Capítulo III - Do temário.
1486 Art. 14 - O tema central da Conferência que orientará as discussões, nas distintas etapas da sua
1487 realização, será “Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do estado”,
1488 a ser desenvolvido em um eixo principal e quatro subeixos. III – Efetivação da Política Nacional de
1489 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, nos Ministérios e nas suas esferas de governo,
1490 considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo –
1491 *proposta: mudança na redação: exclusão do trecho “nos Ministérios e nas suas esferas de governo”.* 2)
1492 Art. 18: a) § 2º A Comissão Organizadora da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
1493 Trabalhadora - CNST será indicada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e composta por 24
1494 (vinte e quatro) representantes de forma paritária, podendo ou não ser Conselheiro contemplando-se
1495 os representantes nos respectivos segmentos, seguintes: (...)” – *proposta: incluir o Ministério do*
1496 *Trabalho - MTE (Ministério do Trabalho e Emprego. Para atender a paridade, será necessário*
1497 *aumentar para 28 integrantes ou realizar remanejamento.* b) § 3º “A Comissão de Comunicação e
1498 Mobilização terá os seguintes representantes: (...)” - *proposta: retirar “regiões de saúde”;* c) § 4º “A
1499 Comissão de Formulação e Relatoria terá os seguintes representantes: (...)” - *proposta: incluir dois*
1500 *representantes do FENTAS, dois do Ministério da Saúde, um da Rede Unida e um do CEBES,*
1501 *conforme detalhado: VI - 2 (dois) do segmento dos Profissionais da Saúde (FENTAS) - especificar; VII*
1502 *- 2 (dois) do Ministério da Saúde - 1 da SVS e 1 da SGEP; VIII - 1 (um) da Rede Unida; e IX - 1 (um)*
1503 *do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares***
1504 *dos Santos* (“Santinha”) sentiu falta de uma representação dos usuários na comissão de relatoria. O
1505 coordenador da CIST/CNS explicou que os integrantes foram indicados segundo critério técnico por
1506 conta do perfil dessa Comissão. Continuando, o coordenador da CIST/CNS apresentou a proposta de
1507 divisão das vagas da Conferência: a) número mínimo de 8 (oito) delegados por UF; b) até 48
1508 delegados natos; c) delegados eleitos nas etapas estaduais (Distrital): 900, segundo a paridade
1509 constante Resolução do CNS nº 453/2012: Região Norte – 96: Rondônia: 12; Acre: 8; Amazonas: 16;
1510 Roraima: 8; Pará: 32; Amapá: 8; e Tocantins: 12. Região Nordeste – 240: Maranhão: 28; Piauí: 16;
1511 Ceará: 36; Rio Grande do Norte: 16; Paraíba: 16; Pernambuco: 36; Alagoas: 16; Sergipe: 12; Bahia:
1512 64. Região Sudeste – 372: Minas Gerais: 88; Espírito Santo: 16; Rio de Janeiro: 76; São Paulo: 192.
1513 Região Sul – 128: Paraná: 48; Santa Catarina: 32; Rio Grande do Sul: 48. Centro Oeste – 64: Mato
1514 Grosso Sul: 12; Mato Grosso: 12; Goiás: 28; e Distrito Federal: 12; d) até 20% delegados indicados:
1515 180 (90 usuários; 45 trabalhadores da saúde e 45 gestores e prestadores de serviço privados
1516 conveniados, ou sem fins lucrativos); e) até 10% convidados: 88 convidados (44 usuários; 22
1517 Trabalhadores da Saúde e 22 gestores e prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins
1518 lucrativos); e f) número total de 1.216 participantes. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas**
1519 **Boas** perguntou como garantir a participação dos conselheiros suplentes na Conferência. Conselheiro
1520 **Nelson Mussolini** esclareceu que gestor e prestador de serviço são segmentos distintos, portanto,
1521 não devem ser colocados como parte do mesmo segmento. Também pleiteou uma vaga para CNI na
1522 Comissão de Formulação e Relatoria. Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez**, primeiro, informou
1523 que naquele momento se realizava a Conferência Municipal de Saúde do Trabalho do Município de
1524 Piracicaba em comemoração aos dez anos de existência do CEREST regional. Sobre a 4ª CNST,
1525 sugeriu que, a exemplo da 3ª CNST, fosse convocada conjuntamente por três ministros – do Trabalho,
1526 da Previdência e da Saúde, possibilitando contribuição, inclusive financeira, de forma conjunta, para
1527 realização da Conferência. Também salientou a importância de incluir outros ministérios no processo
1528 preparatório da Conferência como MEC e Meio Ambiente. Cumprimentou a Comissão Organizada pela
1529 proposta de Regimento Interno, todavia, frisou que é preciso envolver outros setores do governo na
1530 Conferência. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** propôs que o Ministério do Trabalho e Emprego

1531 fosse contemplado nas vagas do segmento de gestores/prestadores de serviços, a fim de não ampliar
1532 a Comissão Organizadora. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** defendeu que o CNS viabilize a
1533 participação dos conselheiros 1º e 2º suplentes na Conferência. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
1534 também ratificou a proposta de garantir a participação dos suplentes na Conferência e perguntou qual
1535 foi a metodologia de cálculo utilizada na distribuição das vagas para os Estados. Além disso, defendeu
1536 a inclusão de um representante do segmento de usuários – subsegmento das pessoas com patologias
1537 ou pessoas com deficiências - na Comissão de Relatoria ou em outra comissão. Conselheiro **Renato**
1538 **Almeida de Barros** reiterou a necessidade de incluir o Ministério do Trabalho e Emprego na Comissão
1539 Organizadora e ressaltou a importância de o governo assumir a Conferência, envolvendo os demais
1540 setores no processo. Conselheiro **João Donizete Scaboli** iniciou destacando, entre as resoluções da
1541 3ª CNST, a implantação da comissão interministerial de segurança e saúde do trabalhador, de forma
1542 tripartite, envolvendo empregadores, trabalhadores e governo. Acrescentou que do consenso dessa
1543 comissão surgiu a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, envolvendo ações articuladas
1544 dos ministérios e, entre as definições, destacou a instituição do dia nacional de segurança e saúde nas
1545 escolas, comemorado dia 10 de outubro. Defendeu a inclusão do MTE na Comissão Organizadora e a
1546 participação dos 144 conselheiros que compõem o CNS na Conferência. Além disso, indicou a
1547 participação de representante das centrais sindicais, representando os usuários, na Comissão de
1548 Relatoria. Conselheira **Júlia Maria Roland** avaliou que é importante garantir a participação de setores
1549 importantes no processo preparatório para o êxito da Conferência, todavia, disse que não se deve, em
1550 função da necessidade de garantir ampla representação, formar comissões que, por conta do
1551 tamanho, prejudique o trabalho. Defendeu a participação do MTE na Comissão Organizadora e, para
1552 isso, propôs manter apenas uma representação do MS (SVS), substituindo a SGEF pelo Ministério.
1553 Com essa mudança, a SGEF participaria do comitê executivo e da Comissão de Formulação e
1554 Relatoria. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado** também ratificou a proposta de garantir a participação
1555 dos 144 conselheiros na Conferência e defendeu a presença do MTE, inclusive para debater questões
1556 como a situação dos trabalhadores do transporte (motorista desempenhando dupla função – dirigir o
1557 veículo e cobrar passagem, o que causa alto índice de doenças como LER e DORT e aumenta a
1558 incidência de acidentes). No mais, disse que é preciso enfrentar o problema da falta de fiscalização
1559 pela escassez de fiscais em saúde do trabalhador. Conselheira **Paula Johns** ratificou a reivindicação
1560 de participação dos suplentes na Conferência e sentiu falta da participação do Ministério do
1561 Desenvolvimento Agrário que trata das questões da agricultura familiar, envolvendo inclusive a
1562 utilização de agrotóxicos. Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** defendeu a participação
1563 mais ampliada de outros ministérios, dos conselheiros nacionais e da representação das pessoas com
1564 deficiência na Conferência. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** reiterou a importância da
1565 participação das pessoas com deficiência como delegados na Conferência, inclusive para debater as
1566 condições de trabalho desse segmento. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** defendeu a
1567 participação intersetorial e interministerial no processo preparatório da Conferência e também ratificou
1568 a importância de assegurar a participação dos conselheiros suplentes na CNST e em outras
1569 conferências da saúde. Também avaliou que é preciso ampliar a participação de conselheiros na
1570 Comissão de Formulação e Relatoria – dos CES, dos CMS e do CNS, inclusive usuários. No mais,
1571 manifestou preocupação com o informe sobre a realização de conferências municipais de saúde do
1572 trabalhador e ressaltou que é preciso esclarecer esse ponto para não gerar dúvidas. Conselheiro
1573 **Marco Antônio Gomes Pérez** explicou que o município de Piracicaba decidiu realizar conferência
1574 municipal em comemoração aos dez anos do CEREST regional e para debater questões específicas
1575 da região. O resultado do debate dessa conferência será levado para a conferência regional. Também
1576 salientou que o CNS deve solicitar ao ministro da saúde que convide, formalmente, outros ministérios
1577 para participar da Conferência, como o MTE, a fim de assegurar uma participação mais ampla de
1578 outros setores. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado** interveio novamente para reiterar a necessidade de
1579 regulamentar a profissão de motorista uma vez que, em alguns locais, esse profissional desempenha
1580 duas funções – motorista e cobrador - e propôs que o CNS pleiteie a participação no CONTRAN para
1581 debater essa e outras questões relativas à profissão. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas**
1582 **Boas** pleiteou uma vaga na Comissão de Comunicação e Mobilização, na condição de representante
1583 do segmento das pessoas com patologias. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
1584 CNS, chamou a atenção para o desafio de construir a Conferência, tendo em vista o prazo para
1585 preparação, a mudança de concepção, a tentativa de inovação e o objetivo de acumular debate para a
1586 15ª Conferência Nacional de Saúde. Na linha da mudança, disse que é preciso envolver novos sujeitos
1587 políticos na Conferência como os trabalhadores em condições de informalidade. Concordou que é
1588 preciso envolver outros setores no processo, todavia, lembrou que a saúde é o setor responsável pela
1589 convocação da Conferência. Recordou ainda que a convocação conjunta de outras conferências não
1590 garantiu o desenvolvimento de ações em parceria. Avaliou que o grande desafio é resolver a
1591 seguridade da classe trabalhadora e, para tanto, outros ministérios devem criar espaços para avançar
1592 na demanda da classe trabalhadora. Falou sobre a proposta de realizar oficina no mês de dezembro
1593 de 2013 com as centrais sindicais e a Comissão Organizadora da Conferência para definir a
1594 concepção de saúde de trabalhador, de região de saúde, de território/lócus dos trabalhadores, a

1595 responsabilidade e intersetorialidade da Política com outras áreas, a metodologia da Conferência,
1596 tendo como resultado final agenda política definindo bandeiras prioritárias para construção da
1597 Conferência. Avaliou que é legítimo o pleito dos conselheiros suplentes para participar da etapa
1598 nacional, todavia, recomendou que os conselheiros nacionais, mesmo como delegados natos,
1599 participem das conferências nos seus estados. Também disse que a intenção da Conferência é
1600 reafirmar o papel do Estado como responsável pela proteção social da classe trabalhadora, nesse
1601 sentido, é preciso contemplar outras áreas governamentais. No sentido de contemplar o setor patronal,
1602 propôs que a CNC participe da Comissão de Formulação e Relatoria e também sugeriu que os
1603 integrantes da Comissão Organizadora participem das comissões específicas, a fim de não ampliar o
1604 número de integrantes das Comissões. Por fim, manifestou sua preocupação com a proposta de
1605 convocação interministerial da Conferência porque muda o eixo da Conferência e por conta do tempo
1606 disponível para preparação. Todavia, concordou com a necessidade de mediação do Ministro da
1607 Saúde com os demais Ministérios e propôs uma reunião do CNS com Conselhos de outros Ministérios
1608 para tratar da Conferência. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da CIST/CNS,
1609 listou os encaminhamentos oriundos das falas: garantir a proporcionalidade entre gestores e
1610 prestadores de serviço; incluir na Comissão de Formulação e Relatoria – CNC ou CNI, representantes
1611 de usuários, representante das centrais sindicais; Comissão Organizadora – substituir um
1612 representante da SGEF por um do MTE; Comissão de Comunicação e Mobilização – incluir um
1613 representante do segmento de pessoas com patologias; garantir a participação dos conselheiros
1614 suplentes do CNS como delegados natos; solicitar ao Ministro de Estado da Saúde que envie
1615 comunicado buscando envolver outros Ministérios na preparação da Conferência. **Por consenso, o**
1616 **Plenário aprovou a proposta de substituir um representante da SGEF por um do MTE na**
1617 **Comissão Organizadora.** Em seguida, o coordenador da CIST explicou novamente o critério para
1618 definir a participação de delegados por Estado. Conselheira **Júlia Maria Roland**, considerando o limite
1619 de delegados natos definido no Regimento Interno, o número de vagas destinadas aos Estados e o
1620 fato que nem todos Estados realizariam conferência, disse que os conselheiros suplentes poderiam
1621 participar da etapa nacional como delegados natos nas vagas dos Estados que não indicassem nomes
1622 para a Conferência. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** manifestou preocupação com o § 7º, do
1623 art. 28 (“O custeio de deslocamento, passagem de qualquer natureza, hospedagem e alimentação
1624 (fora do evento) dos Delegados Eleitos dos segmentos de Gestores e dos Prestadores de Serviços,
1625 Titulares ou Suplentes, serão assumidas pelos respectivos segmentos”) por entender que causará
1626 dificuldade, principalmente para os pequenos municípios que não possuem recursos. Desse modo,
1627 defendeu o custeio da hospedagem e alimentação dos delegados eleitos dos segmentos de gestores e
1628 dos prestadores de serviços. Conselheiro **Nadir Amaral** solicitou que o representante das pessoas
1629 com patologia para a Comissão de Formulação e Relatoria fosse escolhido na Comissão com Pessoas
1630 com Patologia. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** perguntou se está
1631 assegurado orçamento para a realização da Conferência e propôs que seja garantida a participação de
1632 conselheiros suplentes nas vagas dos delegados indicados. Também ressaltou a importância de
1633 garantir a participação de outros setores na Conferência – desenvolvimento agrário, trabalho,
1634 previdência – a fim de debater as amplas questões da saúde do trabalhador. Conselheiro **Geordeci**
1635 **Menezes de Souza**, coordenador da CIST/CNS, explicou que o § 7º do art. 28 seguiu as definições
1636 das conferências anteriores, todavia, disse que o Plenário, se assim entendesse, poderia modificar o
1637 artigo a fim de garantir também o custeio da hospedagem e alimentação dos delegados eleitos dos
1638 segmentos de gestores e dos prestadores de serviços. Também esclareceu que o percentual de
1639 delegados indicados é o mesmo da 3ª CNST e salientou que o Plenário deveria definir se asseguraria
1640 a participação de todos os suplentes (96), totalizando 144 conselheiros. Lembrou que, durante o
1641 debate, foi sugerido contemplar os conselheiros suplentes nas vagas dos delegados indicados e o
1642 Plenário deveria manifestar-se a respeito. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
1643 CNS, ponderou que contemplar todos os conselheiros suplentes do CNS como delegados natos teria
1644 repercussão nos Conselhos Estaduais, resultando em número maior de delegados (efeito dominó), o
1645 que inverteria a lógica inicial de ampliar a participação de outros sujeitos sociais. Sendo assim, sugeriu
1646 definir um percentual para a participação dos conselheiros suplentes. Conselheiro **Geordeci Menezes**
1647 **de Souza**, coordenador da CIST/CNS, ressaltou que a regra seria replicada para a 15ª Conferência
1648 Nacional de Saúde. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** solicitou que, tão logo aprovado, o RI
1649 fosse encaminhado aos Conselhos Estaduais de Saúde. Também propôs a formação de uma
1650 subcomissão de relatoria, ao invés de incluir representante da Comissão Organizadora na Comissão
1651 de Formulação e Relatoria. Também disse que é preciso encontrar uma alternativa para contemplar os
1652 conselheiros suplentes na Conferência e assegurar que os delegados natos contribuam na realização
1653 das etapas estaduais. Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez** apresentou as seguintes propostas
1654 de encaminhamento: incluir no texto do Regimento Interno – estimular a participação de todos os
1655 setores de Estado envolvidos com as ações em saúde do trabalhador, como o Ministério da
1656 Previdência; e Documento norteador – detalhar como será elaborado (a Previdência social tem
1657 interesse em contribuir com a elaboração desse documento). Também informou que foram indicados
1658 dois analistas técnicos de políticas sociais para contribuir no processo de organização da Conferência.

1659 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** perguntou qual o orçamento para a Conferência e defendeu
1660 a participação de conselheiros suplentes na Conferência e o custeio de hospedagem e alimentação
1661 dos delegados eleitos dos segmentos de gestores e dos prestadores de serviços. Conselheiro **Arilson**
1662 **Cardoso da Silva** sugeriu diminuir o número de delegados indicados de modo a contemplar os 144
1663 conselheiros nacionais de saúde como delegados natos Indicados. O Coordenador Geral de Saúde do
1664 Trabalhador/SVS/MS, **Carlos Augusto Vaz**, na linha de ampliar a articulação com outros setores,
1665 explicou que a proposta é, a partir da aprovação do Regimento Interno, constituir grupo para realizar
1666 diálogo política com todos os ministérios e setores que se deseja envolver na Conferência – MDA, MP,
1667 TST, entre outros - e contemplar esses atores nos delegados indicados ou convidados. Sobre o
1668 orçamento, disse que o CNS disponibilizou R\$ 1,5 milhão para a Conferência e ideia é disponibilizar
1669 mais R\$ 3,5 milhões do orçamento da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Todavia, disse
1670 que é preciso verificar o que pode ser feito acerca da limitação de diárias e passagens, de modo a não
1671 prejudicar a Conferência. Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez algumas considerações sobre o texto do
1672 Regimento Interno do CNS, explicando inicialmente que, nas últimas conferências, as nomenclaturas
1673 “delegado nato” e “delegado indicado” foram extintas e optou-se por utilizar “delegado eleito”, uma vez
1674 que todos os delegados são eleitos ainda que em fóruns diferentes. Também sugeriu incluir a fórmula
1675 utilizada para divisão das vagas nas tabelas de distribuição de delegados por Estados. Em relação à
1676 relatoria, disse que o Conselho optou por não mais utilizar o termo “sintetizar”, porque significa fazer
1677 reinterpretação das propostas dos Estados e adotar a expressão “consolidar”, de modo a manter a
1678 originalidade da proposta e também não se usa mais o termo “norteador” (*documento*). Também disse
1679 que é importante ter um roteiro para a relatoria, inclusive com o apoio do Sisconferência. Por fim, disse
1680 que é preciso incluir no Regimento que a Conferência será realizada em Brasília. Conselheiro **João**
1681 **Donizete Scaboli** solicitou que a mesa colocasse em votação a proposta de contemplar todos os
1682 conselheiros nacionais de saúde (titulares e suplentes) como delegados natos na Conferência.
1683 Também discordou da proposta de incluir integrantes da Comissão Organizadora na Comissão de
1684 Formulação e Relatoria. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** discordou da proposta de
1685 conselheiros nacionais de saúde como delegados natos na Conferência porque terá impacto nos
1686 conselhos estaduais de saúde onde os suplentes, diferente do CNS, não tem participação tão ativa.
1687 Desse modo, defendeu a proposta original e reiterou a importância da participação dos delegados da
1688 Conferência desde a etapa inicial. Também defendeu tratamento igual para todos os segmentos,
1689 assegurando o custeio de hospedagem e alimentação dos delegados eleitos, independente do
1690 segmento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que era difícil
1691 traduzir em um instrumento a concepção e o que se deseja construir com as conferências e, por essa
1692 razão, apresentou a proposta de realizar uma oficina, em dezembro, para trabalhar conceitos,
1693 metodologia, estratégias de mobilização e definição de agenda política e um seminário, em fevereiro,
1694 para debater as grandes questões em torno da implementação da Política. Disse que os conselhos
1695 estaduais de saúde comprometeram-se a assumir a Conferência desde que o Regimento fosse
1696 aprovado em novembro e encaminhado aos Estados. Desse modo, ressaltou que não será possível
1697 aprofundar mais o debate para tentar chegar a um documento ideal. Também defendeu a proposta de
1698 um integrante da Comissão Organizadora coordenar a Comissão de Formulação e Relatoria, a fim de
1699 não haver distanciamento do debate mais geral. No mais, discordou da proposta de ampliação da
1700 Comissão de Relatoria, uma vez que poderia contar com um grupo de apoio, a ser treinado em oficina,
1701 se for o caso. Concordeu com a proposta de custear hospedagem e alimentação para todos os
1702 delegados da Conferência e explicou que a intenção é elaborar o Documento Norteador de forma
1703 coletiva, contemplando inclusive o conhecimento e práticas de todos – academia, organização dos
1704 trabalhadores, controle social. Também destacou o inciso VI do art. 22 para propor acréscimo,
1705 resultando na seguinte redação: “Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/“setores”
1706 pertinentes nas etapas de realização, “considerando a diversidade dos setores produtivos, de políticas
1707 públicas intersetoriais e afetas à saúde do trabalhador e trabalhadora”. Salientou que é preciso
1708 contemplar a diversidade em sentido amplo – de gênero, de raça, de condição social, orientação
1709 sexual - e outras áreas de políticas públicas – meio ambiente, previdência, trabalho, desenvolvimento
1710 social, educação, entre outros. Explicou, por fim, que a Comissão de Comunicação da Conferência irá
1711 trabalhar de forma articulada com a Comissão de Comunicação do CNS. Conselheiro **Luiz Anibal**
1712 **Vieira Machado** solicitou Questão de Ordem para solicitar a votação das propostas apresentadas e
1713 para defender vaga para as centrais. O coordenador da mesa explicou que, após as manifestações,
1714 todas as propostas seriam votadas e consultou o conselheiro Marco Antônio Gomes Pérez se as
1715 proposições da presidente do CNS contemplavam as propostas apresentadas por ele. Conselheiro
1716 **Marco Antônio Gomes Pérez** concordou com a proposta da conselheira Maria do Socorro e
1717 apresentou outras, quais sejam: Art. 23 – incluir parágrafo com a seguinte redação: “Deverá ser
1718 estimulada a participação de representantes de todos os setores de Estado envolvidos com a ações de
1719 saúde do trabalhador, incluindo, entre outros, o trabalho e emprego, a previdência social, a assistência
1720 social, a educação e o Ministério Público como delegados eleitos, assim como convidados.”; Art. 18 –
1721 incluir parágrafo possibilitando às comissões a liberdade de convidar colaboradores, com a seguinte
1722 redação: “As comissões que compõem a 4ª CNST poderão, na medida que se mostre necessário,

1723 convidar, por consenso de seus membros, colaboradores para realização de trabalhos específicos e
1724 pontuais que lhes compete”. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** solicitou que a mesa colocasse
1725 em apreciação a proposta de criar subcomissão de relatoria e, após ponderações, chegou-se a
1726 proposta de criar uma equipe de apoio à relatoria. Encaminhando, conselheiro **Geordeci Menezes de**
1727 **Souza** lembrou que, por decisão do Plenário, foi submetido ao debate e à deliberação os principais
1728 pontos do Regimento Interno. **Dos itens apresentados, registrou que os não destacados estavam**
1729 **aprovados e citou, por exemplo, que estava aprovada a inclusão do Ministério do Trabalho e**
1730 **Emprego - MTE na Comissão Organizadora.** Sobre as Comissões da Conferência, salientou que não
1731 houve manifestações contrárias à proposta da Comissão Organizadora (incluir outras representações)
1732 e, no debate, foram sugeridas novas inclusões, sendo: Comissão de Formulação e Relatoria: CNI ou
1733 CNC, representante de usuários e representante das centrais sindicais (com esses acréscimos, a
1734 comissão teria 21 membros); Comissão de Comunicação e Mobilização – incluir mais um integrante do
1735 segmento de pessoas com patologia (com o acréscimo, 29 membros). **Após ponderações, o Plenário**
1736 **decidiu incluir uma representação das centrais sindicais e de outro representante de usuários**
1737 **no grupo de apoio à relatoria. Na sequência, a mesa colocou em apreciação a proposta de**
1738 **incluir a representação da CNC na Comissão de Formulação e Relatoria que foi aprovada. Com**
1739 **essa inclusão, a Comissão será composta por 19 integrantes, a saber: dois da FIOCRUZ**
1740 **(Fundação Oswaldo Cruz); dois do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos**
1741 **Socioeconômicos); dois da FUNDACENTRO (Fundação Jorge Duprat e Figueiredo); dois do**
1742 **DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de**
1743 **Trabalho); quatro da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva);**
1744 **dois do segmento dos Profissionais da Saúde; dois do Ministério da Saúde - 1 da SVS e 1 da**
1745 **SGEP; um da Rede Unida; um do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; e um da CNC**
1746 **(Confederação Nacional do Comércio).** Seguindo, o coordenador da mesa colocou em apreciação a
1747 proposta de incluir mais um integrante na Comissão de Comunicação e Mobilização, que totalizaria 29
1748 membros e foram apresentadas sugestões para recompor a Comissão, sem ampliar o número de
1749 integrantes. Como contraproposta, foi sugerido diminuir as vagas das centrais sindicais, da FIOCRUZ,
1750 do MS e da SE/CNS e não contemplar o pleito do segmento das pessoas com patologias. Após
1751 ponderações, conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** retirou o pleito de inclusão do
1752 segmento de pessoas com patologias. Com isso, o debate concentrou-se no número de vagas para as
1753 centrais sindicais. Como acordo, o Plenário decidiu destinar duas vagas para as Centrais sindicais.
1754 **Desse modo, o Plenário aprovou, por unanimidade, a seguinte composição da Comissão de**
1755 **Comunicação e Mobilização: cinco de Coordenação de Plenária (um por região); cinco de CIST**
1756 **(Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador) estaduais; cinco da RENAST (Rede Nacional**
1757 **de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador); um do MTE (Ministério do Trabalho e Emprego);**
1758 **duas das Centrais Sindicais; um da FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz); um do Ministério da**
1759 **Saúde; e um da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, o**
1760 **coordenador da mesa colocou em votação as propostas de acréscimos do conselheiro Marco**
1761 **Antônio Gomes Pérez: Art. 18 – incluir parágrafo com a seguinte redação: “As comissões que**
1762 **compõem a 4ª CNST poderão, na medida que se mostre necessário, convidar, por consenso de**
1763 **seus membros, colaboradores para realização de trabalhos específicos e pontuais que lhes**
1764 **competem”; e Art. 23 – incluir parágrafo com a seguinte redação: “Deverá ser estimulada a**
1765 **participação de representantes de todos os setores de Estado envolvidos com a ações de**
1766 **saúde do trabalhador, incluindo, entre outros, o trabalho e emprego, a previdência social, a**
1767 **assistência social, a educação e o Ministério Público como delegados eleitos, assim como**
1768 **convidados”. As propostas foram aprovadas por consenso.** Conselheira **Maria do Socorro de**
1769 **Souza**, Presidente do CNS, propôs a inclusão de inciso no art. 23 com a seguinte redação: “Deverá ser
1770 estimulada a participação de setores/segmentos envolvidos com as ações de saúde do trabalhador,
1771 considerando as questões de gênero, de geração, de raça, de etnia, de orientação social e os
1772 principais setores produtivos – construção civil, transporte, agricultura e pecuária, inclusive os
1773 trabalhadores em condição de informalidade”. **Não havendo manifestações contrárias, a proposta**
1774 **foi aprovada.** Seguindo, a mesa colocou em apreciação a proposta do conselheiro **Arilson Cardoso**
1775 de alterar o Regimento Interno assegurando o custeio das despesas com alimentação e hospedagem
1776 de todos os delegados, independente do segmento. **A proposta foi aprovada com duas abstenções.**
1777 Conselheiro **Gilson Silva** declarou que se absteve da votação para ressaltar a importância de garantir
1778 tratamento igual a todos os segmentos, seguindo inclusive o princípio universal do SUS. Na sequência,
1779 a mesa colocou em votação as propostas sobre a participação dos suplentes, destacando as propostas
1780 que emergiram do debate: garantir a participação dos conselheiros nacionais suplentes na
1781 Conferência; recomendar que os conselheiros nacionais suplentes, para participar da etapa nacional,
1782 participem de etapa macrorregional ou estadual; assegurar a participação dos 48 conselheiros titulares
1783 na etapa nacional e, na impossibilidade, a participação dos suplentes, conforme é prática no CNS;
1784 garantir a participação dos 144 conselheiros nacionais de saúde (titulares e suplentes) na etapa
1785 nacional. O coordenador da mesa esclareceu que o Regimento Interno previa que os conselheiros
1786 nacionais, para participar da Conferência Nacional, deveriam participar da etapa Estadual. Feito esse

1787 esclarecimento, a mesa colocou em debate as propostas relativas à participação dos suplentes:
1788 assegurar a participação dos 48 conselheiros titulares na etapa nacional e, na impossibilidade, a
1789 participação dos suplentes, conforme é prática no CNS; garantir a participação dos 144 conselheiros
1790 nacionais de saúde (titulares e suplentes) na etapa nacional. Aberta a palavra, conselheira **Nádia**
1791 **Elizabeth Barbosa Villas Boas** propôs a seguinte proposta alternativa: além dos 48 conselheiros
1792 titulares, garantir a participação de um representante de cada entidade suplente que compõem o CNS.
1793 Considerando a dificuldade de aplicar a proposta, conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente
1794 do CNS, sugeriu, além dos 48 conselheiros titulares, garantir a participação de 20% de conselheiros na
1795 etapa nacional, considerando o critério da paridade. Feitas essas propostas, houve uma rodada de
1796 manifestações e esclarecimentos no sentido de chegar a consenso, o que não foi possível. Diante
1797 desse cenário, conselheiro **Clóvis Boufleur** apresentou a seguinte proposta alternativa: assegurar a
1798 participação dos 48 conselheiros titulares e de 48 suplentes na etapa nacional da Conferência,
1799 conforme adotado na V Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro **Geordecí Menezes de**
1800 **Souza** colocou em apreciação as propostas relativas à participação dos suplentes: além dos 48
1801 conselheiros titulares, garantir a participação de um representante de cada entidade suplente que
1802 compõem o CNS; além dos 48 conselheiros titulares, garantir a participação de 20% de conselheiros
1803 suplentes para participar da etapa nacional, considerando o critério da paridade; e além dos 48
1804 conselheiros titulares, assegurar a participação na etapa nacional de 48 suplentes. Em seguida, foi
1805 aberta a palavra para esclarecimentos e, em resposta, a mesa disse que: serão delegados
1806 representantes do CNS na etapa nacional os eleitos pelo Plenário do CNS, independente de compor a
1807 Comissão Organizadora e as comissões temáticas; e o critério definido para a etapa nacional será
1808 válido para as etapas macrorregionais e estaduais. Feitos esses esclarecimentos, conselheira **Nádia**
1809 **Elizabeth Barbosa Villas Boas** e conselheira **Maria do Socorro de Souza** retiraram as suas
1810 proposições em favor da proposta apresentada pelo conselheiro **Clóvis Boufleur**. **Aprovada a**
1811 **proposta de garantir a participação dos 48 conselheiros titulares do CNS e 48 suplentes. No**
1812 **caso dos suplentes, os segmentos deverão reunir-se para definição e os nomes deverão ser**
1813 **apresentados ao Plenário do CNS para homologação. A regra sobre a participação dos**
1814 **suplentes é válida para os delegados dos conselhos estaduais de saúde.** Além disso, o
1815 coordenador da mesa registrou as contribuições textuais apresentadas pelo conselheiro **Clóvis**
1816 **Boufleur**: substituir “delegados natos” por “delegados eleitos”; “sintetizar” por “consolidar”; “documento
1817 norteador” por “documento orientador”; incluir que o local de realização da etapa nacional será Brasília-
1818 DF. **As propostas foram aprovadas.** Por fim, apresentou a seguinte proposta de composição da
1819 Comissão Executiva: quatro do Conselho Nacional de Saúde – Presidência do CNS; coordenadores da
1820 CIST; e Secretaria Executiva do CNS; dois do MS/SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério
1821 da Saúde); e dois do MS/SGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde).
1822 **Aprovada a composição. Na sequência, conselheiro Geordecí Menezes de Souza colocou em**
1823 **votação o Regimento Interno da 5ª CNST que foi aprovado por unanimidade.** Em seguida, a
1824 coordenadora da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Salette Valesan, da
1825 organização do Fórum, fez um informe sobre o I Fórum Mundial de Direitos Humanos – FMDH que
1826 acontecerá em Brasília, no período de 10 a 13 de dezembro de 2013, com o objetivo de promover um
1827 espaço de debate público sobre Direitos Humanos, no qual serão tratados seus principais avanços e
1828 desafios com foco no respeito às diferenças, na participação social, na redução das desigualdades e
1829 no enfrentamento a todas as violações de direitos humanos. O FMDH será um espaço de debate
1830 público sobre Direitos Humanos, no qual serão tratados seus principais avanços e desafios com foco
1831 no respeito às diferenças, na participação social, na redução das desigualdades e no enfrentamento a
1832 todas as violações de direitos humanos. Caetano, coordenador de mobilização, convidou os
1833 conselheiros e as entidades que compõem o CNS a participar da atividade. Após esse informe, a mesa
1834 suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 –**
1835 **FINANCIAMENTO DO SUS E NEGOCIAÇÕES NO CONGRESSO NACIONAL – SAÚDE + 10 -**
1836 **Apresentação: Francisco Rózsa Funcia**, Consultor Técnico da Comissão Intersetorial de
1837 Financiamento e Orçamento – COFIN; conselheiro **André Luiz de Oliveira**, do Movimento Nacional
1838 em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10; Deputado **Darcísio Perondi**, presidente da Frente
1839 Parlamentar da Saúde. **Coordenação: conselheira Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS.
1840 Iniciando, o deputado **Darcísio Perondi** fez uma fala sobre a situação do debate do financiamento da
1841 saúde no Congresso Nacional. Começou salientando que o quadro geral é ruim e a luta está perdendo
1842 força para a área econômica do governo e para o Núcleo do Palácio. Explicou que, na Câmara dos
1843 Deputados, duas comissões debatem o tema e votarão os seus relatórios na próxima semana: a
1844 Especial de Financiamento da Saúde, na terça-feira, e a de Seguridade Social e Família, na quarta. No
1845 caso da primeira comissão, o relatório a ser apreciado é o do deputado Rogério Carvalho que, apesar
1846 de rico, inclui a CPMP e propõe 15% da alíquota em 5 anos. Disse que o deputado comprometeu-se a
1847 modificar o relatório sob o risco de ser apresentado substitutivo que retira o CPMF e determina 18,7%
1848 em cinco anos. No caso da segunda Comissão, o relatório é o do Projeto de Iniciativa Popular. Disse
1849 que o deputado Nazareno Fonteles apresentou como proposta: iniciar com 16%, chegando a 19% em
1850 cinco anos, com a CPMF. Ressaltou que a situação mais grave ocorre no Senado Federal onde a

1851 equipe econômica do governo conseguiu incluir na PEC 22A uma nova sistemática de financiamento
1852 da saúde pública, estabelecendo que a União deve investir o equivalente a 15% das receitas correntes
1853 líquidas na saúde em cinco anos, começando com 13,2% em 2014. Explicou que, na prática, a
1854 proposta aumentará os recursos do setor em apenas R\$ 5,8 bilhões em 2014, enquanto a proposta
1855 popular prevê mais R\$ 46 bilhões. Ressaltou que essa proposta construída pela equipe econômica é
1856 vergonhosa, não resolve o problema de financiamento do SUS e representa um desrespeito aos 2,2
1857 milhões de brasileiros que depositaram no Projeto de Lei de Iniciativa Popular as esperanças de um
1858 acesso mais digno aos serviços públicos de saúde. Diante dessa proposta do governo, disse que uma
1859 saída é a aprovação da Emenda apresentada pelo senador Cícero Lucena (PSDB-PB) à PEC 22A,
1860 cujo texto principal foi aprovado em primeiro turno. Salientou que o destaque que precisa ser votado, o
1861 que deve acontecer na terça-feira (12 de novembro), amplia os percentuais mínimos de investimentos
1862 na saúde apresentados pelo Governo. Em sendo aprovado no Senado, o projeto será encaminhado à
1863 Câmara onde poderá ocorrer um imbróglio, pois, se respeitado o Regimento Interno, será necessário
1864 criar emenda impositiva (o que demanda a criação de comissão especial e a necessidade de aguardar
1865 26 sessões dessa comissão). Ressaltou que a votação de matéria nova (mudança de piso), por
1866 iniciativa do governo, na apreciação da Emenda demandaria o reinício do processo. Salientou que as
1867 entidades integrantes do CNS tem realizado ação importante, mas o momento emergencial exige
1868 atitude mais agressiva nos próximos dias, decisivos para o futuro do financiamento do SUS.
1869 Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde +
1870 10, explicou que a coordenação do Movimento reuniu-se no dia 29 de outubro com avaliação do
1871 cenário, mas o quadro muda de forma recorrente. Para subsidiar o debate, disse que a assessora
1872 parlamentar do CNS, Alessandra Matias, elaborou documento a respeito. Também informou que, no
1873 dia 30 de outubro, representantes do Movimento realizaram movimento na CSSF e, na oportunidade,
1874 foi apresentado o relatório do deputado **Deputado Nazareno Fonteles** que apresentou um avanço de
1875 15% para 19% da receita corrente líquida em 4 anos. Todavia, o parlamentar, ao contrário do que
1876 defende o Movimento, propõe a criação de fonte de receita. Também destacou que o relatório do
1877 Deputado Rogerio Carvalho será apreciado na próxima semana. No mais, apresentou uma síntese da
1878 apreciação da PEC 22 A/2013, que trata do orçamento impositivo. Explicou que está pendente de
1879 aprovação um destaque (Emenda N° 4 – PLEN à PEC n° 22/A, de 2013), do Senador Cícero Lucena
1880 (PSDB/PB), que propõe 15% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação
1881 desta Emenda Constitucional; 16% da RCL (segundo ano); 17% da RCL (terceiro ano); 18% da RCL
1882 (quarto ano). Explicou que foi feito um mapeamento dos votos dos senadores e verificou-se que 39 são
1883 favoráveis à Emenda do senador Cícero Lucena, portanto, faltam mais dez votos para que a proposta
1884 possa ser aprovada em plenário. Sendo assim, a estratégia do CNS deverá ter como foco os 28
1885 senadores contrários e os 14 que não compareceram à sessão que votou a PEC. Conselheira **Maria**
1886 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou que o CNS é parte de um movimento em defesa
1887 de mais recursos para a saúde e, na sua avaliação, a definição de uma proposta específica engessou
1888 o processo de negociação. Destacou que o CNS mobilizou as entidades que o compõem e os Estados
1889 para a agenda do Movimento e o Congresso Nacional fechou as portas para a sociedade (de 1.200
1890 pessoas apenas 35 conseguiram entrar no Congresso). Ressaltou que a resposta concreta é a votação
1891 na Câmara e no Senado, sendo necessário para tanto, assegurar a entrada no Congresso para fazer
1892 um trabalho de corpo a corpo com os parlamentares. Deputado **Darcísio Perondi**, presidente da
1893 Frente Parlamentar da Saúde, perguntou qual a posição dos secretários de saúde. Conselheiro
1894 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** disse que afirmara publicamente que não podia acreditar na
1895 declaração do deputado Osmar Terra, em audiência, que todos os deputados federais eram a favor da
1896 proposta e o governo contra. Também disse que o CONASS esteve e continua na linha de frente na
1897 defesa da proposta de mais recursos para a saúde. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** disse que
1898 o CONASEMS tem participado ativamente das ações do movimento e reitera a defesa dos 10% da
1899 receita corrente bruta. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, na impossibilidade da vinda
1900 de conselheiros na semana seguinte, sugeriu uma mobilização virtual das entidades e uma ação na
1901 mídia. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** avaliou que o CNS deve definir estratégia para
1902 exposição dos parlamentares que votaram contra a proposta de mais recursos para a saúde.
1903 Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que no Estado de Minas Gerais foi chamada reunião
1904 com parlamentares da bancada do PT para debater projetos de interesse dos trabalhadores que
1905 tramitam no Congresso Nacional e o financiamento da saúde. Destacou que a intenção é provocar
1906 debate com os parlamentares, visando definir um posicionamento, chamando a sociedade organizada,
1907 por meio dos conselhos. Desse modo, propôs que essa iniciativa seja replicada nos demais Estados.
1908 **Retorno da mesa.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, em que pese a gravidade da situação, disse
1909 que houve questões positivas como a carta assinada pelas seis centrais sindicais manifestando apoio
1910 ao movimento e solicitando aos parlamentares a tramitação urgente do Projeto de Lei. Salientou que é
1911 preciso definir estratégias para pressionar os parlamentares a votar favoravelmente à proposta do
1912 Movimento. Por fim, disse que “O Projeto Saúde + 10 é do povo e da nação, não é do governo e nem
1913 da oposição, saúde mais 10 é 10% das receitas correntes brutas da União”. Deputado **Darcísio**
1914 **Perondi** destacou que há seis anos apresentou um projeto que defendia receita corrente bruta, mas,

1915 após amplos debates, mudou de posição, acompanhando inclusive o posicionamento de estudiosos
1916 que defendem receita corrente líquida. Sendo assim, disse que não é uma perda conseguir o
1917 equivalente a 19% da receita corrente líquida. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
1918 CNS, disse que, além de ações nas mídias sociais e na internet, é preciso garantir boa representação
1919 no Congresso Nacional, nos dias 12 e 13 de novembro, para realizar estratégia corpo a corpo.
1920 Todavia, era preciso definir quem iria custear a vinda dos conselheiros. Também sugeriu divulgar o
1921 material elaborado pela assessora parlamentar e monitorar o impacto e acompanhar os blogs dos
1922 parlamentares. O jornalista **Luiz Parayba** sugeriu que, além de ações nas mídias sociais e na internet,
1923 fosse convocada uma coletiva à imprensa, no dia 12 de novembro, com a bancada parlamentar que
1924 apoia o projeto e a Mesa Diretora do CNS. Sugeriu que a equipe de comunicação se reúna com a
1925 coordenação do Movimento para definir as estratégias. Deputado **Darcísio Perondi** colocou-se à
1926 disposição para tentar captar recursos para custear as estratégias, inclusive passagens e sugeriu que
1927 as entidades façam o mesmo. **Conselheira Maria do Socorro de Souza, Presidente do CNS,**
1928 **sintetizou os encaminhamentos: preparar material para ser divulgado; na segunda-feira, realizar**
1929 **ações nas mídias sociais e na internet; e garantir a presença de conselheiros no Congresso**
1930 **Nacional, dia 12 de novembro, para fazer um trabalho de convencimento dos parlamentares**
1931 **(verificar parceiros para custear a vinda).** Com essa definição, a Presidente do CNS agradeceu a
1932 participação do presidente da Frente Parlamentar da Saúde e do conselheiro André Luiz de Oliveira e
1933 encerrou a discussão. Na sequência, o consultor técnico da COFIN, **Francisco Rózsa Funcia**,
1934 apresentou um resumo executivo da análise, feita pela COFIN, do Relatório de Prestação de Contas
1935 Quadrimestral do Ministério da Saúde - 2º Quadrimestre/2013. Antes de iniciar a apresentação,
1936 lembrou que, nos termos da lei, o CNS deve avaliar os Relatórios e não aprová-los ou rejeitá-los, e
1937 partir da avaliação, se for o caso, propor medidas corretivas a serem encaminhadas para o Chefe do
1938 Poder Executivo nos três níveis de governo. Iniciou destacando que a Comissão utilizou como
1939 referência legal para a análise o LC 141/2012, artigo 36, que estabelece o conteúdo mínimo desse
1940 RPCQ/2/2013: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em
1941 fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e III - oferta e produção de
1942 serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os
1943 indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. Disse que o RPCQ/2/2013 apresenta
1944 conteúdo além dos termos da lei (conforme estrutura definida anteriormente em conjunto com a
1945 COFIN/CNS): 1. Demonstrativo da execução orçamentária e financeira (página 6). 1.1 Execução
1946 Orçamentária – Grandes Grupos – Valores Empenhados e Liquidados (páginas 7 a 12). 1.2 Execução
1947 da Despesa por Fontes de Recursos (página 13). 1.3 Execução Orçamentária da Despesa dos
1948 Hospitais Próprios (páginas 14 e 15). 1.4 Execução Orçamentária da Despesa do Grupo Hospitalar
1949 Conceição (página 16 e 17). 1.5 Saldo Financeiro nas Contas Bancárias do Fundo Nacional de Saúde
1950 (páginas 18 a 21); 1.6. Execução de Restos a Pagar (página 22).1.7 Acompanhamento Mensal da
1951 Receita Própria – detalhamento FNS e resumo de todas as Unidades (páginas 23 a 28). 2)
1952 Desembolso Financeiro – Fundo a Fundo (por Bloco). 2.1 Transferências Fundo a Fundo (por bloco)
1953 (página 29). 2.2 Transferência a Estados – Quadro Geral - Execução por Modalidade de Aplicação -
1954 30/31/40/41 (página 30). 2.3 Transferência a Estados – Empenhado por Modalidade de Aplicação -
1955 Execução por Modalidade de Aplicação - 30/31/40/41 (página 31). 2.4 Transferência a Estados –
1956 Liquidado por Modalidade de Aplicação - Execução por Modalidade de Aplicação - 30/31/40/41 (página
1957 32). 3. Oferta e produção de serviços – Rede própria e GHC (páginas 33 e 34). 4. Indicadores (páginas
1958 35 e 36). 5. Análise do Cumprimento dos Objetivos Estratégicos do MS (páginas 42 a 103) –
1959 Resultados Qualitativos da PAS. 6. DENASUS – Auditorias (Anexo I – páginas 104 a 106). Feitos
1960 esses esclarecimentos iniciais, apresentou a síntese da avaliação COFIN/CNS. Explicou que, segundo
1961 o MS, o valor empenhado para ASPS foi R\$ 66,6 bilhões e o liquidado foi R\$ 47,1 bilhões até 31 de
1962 agosto de 2013, com os seguintes destaques: os níveis de empenhamento e liquidação foram
1963 “inadequado” e “regular” para a maioria dos itens. Não consta no RPCQ/2ºQuadrimestre-2013 a
1964 informação sobre os limites de empenho e pagamento (contingenciamento orçamentário e financeiro)
1965 estabelecidos ao MS pelo MPOG e MF. As contas bancárias do Fundo Nacional de Saúde e das
1966 demais unidades autônomas do MS apresentaram um saldo financeiro muito inferior aos valores
1967 empenhados e não pagos em 2013 (equivalente a apenas a 5%). Disse que a execução financeira dos
1968 Restos a Pagar (referentes aos empenhos de 2003 a 2012) foi baixa (38,3% do total), restando ainda
1969 pendente de pagamento R\$ 8,5 bilhões, valor que também deveria estar depositado nas contas do
1970 FNS e unidades autônomas do MS. Esses Restos a Pagar estão concentrados na FUNASA e no FNS.
1971 Destacou que as receitas próprias (DPVAT, etc.) arrecadadas de R\$ 3,2 bilhões fizeram parte do
1972 financiamento das despesas com ações e serviços públicos de saúde, quando deveriam ser
1973 computadas como aplicações adicionais em relação ao mínimo para o cumprimento da aplicação
1974 constitucional/legal. Detalhou que as Transferências Fundo a Fundo totalizaram R\$ 34,2 bilhões,
1975 sendo: Distribuição Regional: SE (39,9%), NE (29,9%), S (14,9%), N (7,8%) e CO (7,5%); Estados que
1976 receberam 2/3 desses recursos: SP, MG, RJ, BA, PR, PE, RS e CE; Blocos de Financiamento: MAC
1977 (67,9%), AB (22,2%), INV (3,5%), AF (3,4%), VS (2,7%) e Gestão (0,3%). Disse que as Transferências
1978 aos Estados e Municípios ocorreram nas modalidades Convenial e Fundo a Fundo, representando esta

1979 última 99,8% do total. Do total transferido, pelo conceito de despesa paga, 70,9% destinaram-se aos
1980 municípios e 29,1% aos Estados e Distrito Federal. Salientou que um aspecto preocupante é o baixo
1981 nível de liquidação dessas despesas de transferências: apenas 51,8%, classificado como “regular”
1982 segundo o critério do CNS. Para ser classificado como “adequado”, o valor liquidado deveria ter sido
1983 R\$ 35,331 bilhões, ou seja, cerca de R\$ 3,828 bilhões a mais em comparação à despesa liquidada no
1984 período de R\$ 31,503 bilhões. Destacou que as informações sobre a oferta e produção de serviços
1985 referente ao 2º quadrimestre/2013 (acumulado) não vieram acompanhadas de análise qualitativa, nem
1986 de referência de comparação quantitativa em relação ao mesmo período de 2012. Para a maioria dos
1987 indicadores selecionados (14 de 21), os índices apurados ficaram abaixo da meta prevista para o
1988 período considerado. Ressaltou que os resultados qualitativos da PAS e do cumprimento dos objetivos
1989 estratégicos do PNS foram apresentados de forma detalhada, mas os esclarecimentos não foram
1990 suficientes para os casos que ficaram abaixo da meta para o período considerado. Além disso,
1991 destacou que o DENASUS apresentou o relatório-síntese das atividades realizadas no 2º
1992 Quadrimestre/2013 nos termos solicitados anteriormente pela COFIN/CNS e pelo CNS, a saber:
1993 atividades realizadas por tipo de controle, atividades encerradas por objeto – bloco de financiamento e
1994 classificação das constatações das ações de controle. Acrescentou ainda que, em respeito ao que
1995 disciplina o artigo 41, a COFIN/CNS avaliou a execução orçamentária e financeira do Ministério da
1996 Saúde, bem como o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei
1997 Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações
1998 respectivas, devendo também encaminhar a Chefe do Poder Executivo as indicações das medidas
1999 corretivas decorrentes dos problemas encontrados nessa avaliação. Nessa linha, apresentou as
2000 propostas de encaminhamento da COFIN (das dez, três são dirigidas à Presidente da República e sete
2001 para o MS): a) Referente à Despesa pelo Grupo de Natureza - solicitar a SPO/MS que, nas próximas
2002 edições do RPCQ, esse “Demonstrativo” apresente também, além dos valores das despesas totais do
2003 MS, os valores das despesas que podem ser computadas como “ações e serviços públicos de saúde”
2004 para o cálculo da aplicação mínima, dentro do respectivo Grupo de Natureza da Despesa (Pessoal,
2005 Outras Despesas Correntes, Investimentos, etc.). b) Referente ao Decreto de Contingenciamento -
2006 solicitar informação da SPO/MS sobre os limites de empenho e pagamento que estão vigorando para o
2007 Ministério da Saúde na atualidade. c) Referente à Despesa Empenhada e Liquidada - Solicitar
2008 esclarecimento da SPO/MS sobre os itens de despesas com níveis de empenho e liquidação
2009 classificados como “regular” e “inadequado”. d) Referente ao Fundo Nacional de Saúde - Propor à
2010 Presidenta da República a adoção de medidas junto à área econômica do Governo Federal para que
2011 seja feita a transferência financeira para as contas do Fundo Nacional de Saúde no valor de
2012 aproximadamente R\$ 27,185 bilhões (resultado da diferença entre o saldo financeiro existente e o
2013 saldo financeiro estimado consolidado), de modo a compatibilizar conjuntamente as necessidades da
2014 execução orçamentária correspondente ao 2º Quadrimestre/2013 com o saldo a pagar de Restos a
2015 Pagar em 30/04/2013, em cumprimento à exigência constitucional e legal da movimentação financeira
2016 exclusivamente pelo Fundo de Saúde. e) Referente a Restos a Pagar - propor à Presidenta da
2017 República a adoção de medidas junto à área econômica do Governo Federal para que seja feito o
2018 cancelamento imediato dos Restos a Pagar referentes aos exercícios de 2003 a 2008, cujos valores
2019 deverão ser compensados como aplicação adicional em 2014 em dotação própria para essa finalidade,
2020 nos termos da Lei Complementar 141/2012; e propor também à Presidenta da República a adoção de
2021 medidas para a realização de um processo de revisão dos Restos a Pagar dos exercícios 2009 a 2012,
2022 especialmente junto ao FNS e à FUNASA, avaliando a factibilidade da realização dessas despesas em
2023 2013 ou, se houver cancelamento, para compensação como aplicação adicional em 2014. A
2024 providência do cancelamento dos Restos a Pagar sem expectativa de execução pelo tempo decorrido,
2025 cujo valor será devidamente compensado como aplicação adicional em 2014, permitirá efetivar, ainda
2026 que tardiamente, o cumprimento da aplicação mínima constitucional e legal em ações e serviços de
2027 saúde, em respeito ao que foi justificado pelo MS quando da prestação de contas ao Conselho
2028 Nacional de Saúde em anos anteriores com base nos valores empenhados. Vale ressaltar, contudo,
2029 que já ocorreram cancelamentos de Restos a Pagar desde a vigência da Emenda Constitucional
2030 29/2000, o que ensejou representação do Ministério Público para compensação parcial dos valores
2031 cancelados, o que ainda não ocorreu em função do recurso apresentado pela AGU ao Poder
2032 Judiciário. f) Referente à Receita Própria - propor à Presidenta da República que a área econômica do
2033 Governo Federal adote medidas para que as dotações orçamentárias do Ministério da Saúde sejam
2034 suplementadas em 2013 no valor de R\$ 4,330 bilhões (conforme projeção apresentada na página 28),
2035 referente à estimativa de arrecadação das receitas próprias do MS, evitando-se com isso a ocorrência
2036 de “dupla contagem” dos valores aplicados, em cumprimento ao que disciplina a Lei Complementar
2037 141/2012. g) Referente a Transferências Fundo a Fundo - verificar junto a SPO/MS a divergência de
2038 valores das Transferências Fundo a Fundo nas páginas 29 e 30, bem como porque a liquidação da
2039 despesa verificada até 31/08/2013 foi apenas “regular”. h) Referente à Oferta e Produção de Serviços -
2040 solicitar a SPO/MS que as informações quantitativas sejam comparadas com o mesmo período do ano
2041 anterior e quadrimestre imediatamente anterior, bem como sejam acompanhadas de uma análise
2042 qualitativa dessa produção. i) Referente a Indicadores Selecionados - Solicitar que as áreas do MS

2043 apresentem justificativa sobre os índices abaixo da meta que representam deterioração da qualidade
2044 do serviço. j) Referente a cumprimento dos Objetivos Estratégicos – Resultados Qualitativos da PAS -
2045 solicitar que as áreas do MS apresentem justificativa sobre os índices abaixo da meta que representam
2046 deterioração da qualidade do serviço. Disse que a COFIN/CNS aprovou na reunião de 17/10/2013 o
2047 encaminhamento do documento final contendo a Análise da COFIN/CNS sobre o RPCQ/2º
2048 Quadrimestre/2013/MS para avaliação do plenário do Conselho Nacional de Saúde. Reiterou que, nos
2049 termos da LC 141/2012, segundo o entendimento da COFIN/CNS ratificado pelo CNS, não há
2050 aprovação ou rejeição dos Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais, diferentemente do que
2051 ocorre para o Relatório de Gestão (Anual), mas os conselheiros devem deliberar sobre as propostas de
2052 encaminhamento apresentadas, especialmente em relação aos encaminhamentos propostos à
2053 Presidenta da República, em decorrência da avaliação realizada. **Manifestações.** Conselheiro **Arilson**
2054 **da Silva Cardoso** fez um destaque ao debate sobre a Lei Orçamentária de 2014, apresentada na
2055 última reunião da COFIN, e manifestou preocupação com a proposta uma vez que está aquém do
2056 necessário para o ano seguinte, haja vista as ações previstas. O consultor técnico da COFIN,
2057 **Francisco Rózsa Funcia**, explicou que o MS fez a apresentação formal da proposta orçamentária na
2058 reunião ordinária do mês de outubro, mas, por conta das ações do Movimento Saúde + 10, não foi
2059 possível analisá-la. Assim, acordou-se que a Comissão analisaria a proposta orçamentária na próxima
2060 reunião e faria uma apresentação na reunião do CNS do mês de dezembro. De todo modo, destacou
2061 que a proposta foi apresentada à COFIN após ter sido encaminhada ao Congresso Nacional. Dessa
2062 maneira, disse que há uma série de questões – LOA e LDO – para se manifestar na próxima reunião.
2063 Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** lembrou que o projeto está em tramitação no Congresso
2064 Nacional, portanto, sugeriu que o CNS se manifeste informando ao Congresso que a proposta em
2065 debate não foi discutida no Conselho. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ratificou a fala do conselheiro
2066 Arilson Cardoso e manifestou insatisfação com a não execução de medida simples, aprovada pelo
2067 CNS em 2012, voltada à capacitação de conselheiros (destinação de R\$ 6 milhões - R\$ 1000 para
2068 cada município). Solicitou que, na próxima reunião, a COFIN apresente informações a respeito dos
2069 motivos da não execução. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** disse que é preciso encaminhar as
2070 propostas apresentadas pela Comissão e manifestou sua insatisfação com as sucessivas deliberações
2071 do CNS não cumpridas pelo MS. Salientou que é tarefa do Conselho apreciar a proposta orçamentária
2072 do MS e a execução orçamentária e frisou que essa apreciação deve ser feita de forma qualificada
2073 para intervir no que não for necessário para a população brasileira. Por fim, cumprimentou o assessor
2074 da COFIN pela capacidade técnica de tratar as questões orçamentárias de forma acessível à
2075 compreensão. Conselheiro **Gilson Silva** disse que, segundo informações da SPO, o recurso estava
2076 na SGEF à disposição dos municípios, todavia, não foi detalhada a forma para ter acesso ao recurso.
2077 Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que a atualização do SIACS seja o requisito para que o
2078 município receba o recurso de R\$ 1000. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou
2079 que a SGEF repassa os recursos para os Estados na rubrica do Participa SUS e a portaria do
2080 Programa estava sendo reestruturada para publicação. Também concordou com a proposta de incluir o
2081 preenchimento do SIACS como critério para o repasse do recurso aos municípios. Conselheiro
2082 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** acrescentou que a nova Portaria contemplaria o mesmo valor da
2083 anterior e explicou que o recurso não foi repassado por conta do contingenciamento. Conselheiro
2084 **Arilson da Silva Cardoso** acrescentou que o recurso chega apenas aos municípios com gestão plena
2085 da atenção, portanto, a maioria dos municípios não recebia, permanecendo o recurso no Fundo
2086 Estadual de Saúde. Dessa maneira, disse que a nova portaria deve assegurar que o recurso seja
2087 repassado diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, a fim de chegar aos municípios. Não havendo
2088 outras manifestações, conselheira Nelcy Ferreira colocou em apreciação os encaminhamentos
2089 apresentados pela COFIN relativos à análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do
2090 Ministério da Saúde - 2º Quadrimestre/2013. **Deliberação: aprovados os encaminhamentos**
2091 **apresentados pela COFIN relativos à análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral**
2092 **do Ministério da Saúde - 2º Quadrimestre/2013.** Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** solicitou
2093 que, na reedição da Portaria, seja assegurado que os recursos do Participa SUS serão repassados
2094 diretamente para os Fundos Municipais de Saúde. Além disso, propôs que o CNS solicite ao MS a
2095 apresentação do relatório sobre a execução do ParticipaSUS desde a sua criação. Conselheiro **Gilson**
2096 **Silva** propôs que os municípios, para receber os recursos, disponham de conselhos de saúde com
2097 paridade. Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu que essa seja uma exigência para a segunda etapa.
2098 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** colocou em apreciação os encaminhamentos oriundos do debate.
2099 **Deliberação: recomendar que, na reedição da Portaria do ParticipaSUS, seja assegurado o**
2100 **repasso dos recursos do Programa para os Fundos Municipais de Saúde; solicitar ao MS que**
2101 **apresente relatório da execução do recursos do ParticipaSUS desde a sua criação; e incluir o**
2102 **preenchimento do SIACS como critério para o repasse do recurso aos municípios (R\$**
2103 **1000/cada).** Conselheiro **Marco Akerman** prestou uma homenagem à ex-conselheira do CNS, Dulce
2104 Chiaverini, que faleceu recentemente, com a leitura da seguinte nota da Rede Unida: “A Coordenação
2105 da Rede Unida lamenta profundamente a perda de uma de suas fundadoras, Dulce Chiaverini, que
2106 sempre trabalhou com a formação em saúde e em defesa do SUS. Nossa querida amiga Dulce era

2107 formada em Ciências Sociais pela UERJ, mas aposentou-se como professora de Saúde Coletiva pela
2108 UFRJ. Seguiu trabalhando na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ como pesquisadora e
2109 dedicou a sua vida a causa da Saúde, sempre com muito otimismo, com grande inteligência e candura
2110 no cumprimento das tarefas que assumia. Era uma pessoa de relacionamento fácil. Uma de suas
2111 principais qualidades era a lealdade, tinha também uma forte vitalidade e um compromisso ético muito
2112 ativo na defesa do SUS, além de um forte compromisso com a formação de profissionais na área da
2113 saúde. Foi fundadora da Rede e uma das responsáveis pelo seu gerenciamento de 1987 até 1989,
2114 quando a Secretaria Executiva esteve no Rio de Janeiro. Vinte anos depois, em 2009, assumiu
2115 novamente a coordenação nacional da Rede Unida, no 8º Congresso Nacional da entidade em
2116 Salvador, e teve um papel fundamental de articulação em tempos bichudos, para que conseguíssemos
2117 chegar ao 9º Congresso agora Internacional em Porto Alegre (2010), participando ativamente da sua
2118 organização e realização. A Dulce sempre se fez presente em todos os momentos da história da Rede
2119 e das iniciativas relacionadas com a formação em saúde. Participou também da fundação do CEBES e
2120 da ABRASCO nos anos 1970 e do movimento brasileiro de reforma sanitária. Nos últimos anos
2121 dedicava-se também ao Projeto Babel, como coordenadora nacional desta importante iniciativa de
2122 capacitação em Saúde Mental na Atenção Básica. Vale ainda lembrar o seu trabalho como
2123 coordenadora do 10º Congresso Internacional da Rede Unida no Rio de Janeiro e a realização de uma
2124 Oficina de Trabalho, que teve o objetivo de trazer para a cena histórias de ousadia na educação e na
2125 saúde, com a participação de alguns fundadores e colaboradores do movimento de mudanças
2126 estimulado pela Rede. Nossa amiga tinha completado 67 anos de idade, era membro do Conselho
2127 Fiscal da Associação Brasileira da Rede Unida e soube atravessar a sua enfermidade com muita
2128 serenidade o tempo todo. Por tudo isso, queremos lembrá-la com muito carinho e afeto: aquela que
2129 estava sempre "pra cima e pra frente". Nossa amiga fez história com muitos gestos e atitudes de
2130 grande generosidade e companheirismo". O Plenário fez uma saudação especial com uma salva de
2131 palmas. Em seguida, conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH/CNS, apresentou
2132 os pareceres do CIRH/CNS que ficaram pendentes do dia anterior. Explicou, inicialmente, que foram
2133 resgatados e disponibilizados aos conselheiros os termos de convênio relativos aos três processos,
2134 conforme solicitado pelo CNS. Portanto, submeteu à apreciação do Plenário o parecer relativos a
2135 esses processos: Processo nº 201116419 - **Interessado:** Centro Universitário La Salle. **Curso:**
2136 Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: satisfatório. **Referência:** Processo nº 201203658 -
2137 **Interessado:** Centro Universitário Luterano de Palmas. **Curso:** Autorização do curso de Odontologia.
2138 Parecer: favorável. **Referência:** Processo nº 201208363. **Interessado:** Faculdade de Ciências
2139 Agrárias e da Saúde. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. Parecer: satisfatório.
2140 **Deliberação: os pareceres foram aprovados.** Em seguida, apresentou os dois processos com
2141 parecer satisfatório sem recomendações: Processo 201202946 - Faculdade de Ciências Agrárias e da
2142 Saúde. Lauro de Freitas. BA. Medicina. Autorização. Parecer: satisfatório. **Referência:** Processo nº
2143 201202496. **Interessado:** Centro Universitário de Anápolis. **Curso:** Reconhecimento do curso de
2144 Medicina. Parecer: satisfatório. **Deliberação: os processos foram aprovados em bloco.** Por fim,
2145 informou que foi disponibilizado aos conselheiros, para conhecimento, folder produzido pela CIRH para
2146 ser disponibilizado no painel do Fórum Global de Recursos Humanos. Na sequência, a Presidente do
2147 CNS retomou os itens pendentes da reunião. Recomendação - O CNS, considerando que: A gestão
2148 das ações de saúde indígena é responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria
2149 Especial de Saúde Indígena (SESAI), com a participação das secretarias estaduais e municipais de
2150 saúde; O tema central 5ª Conferência de Saúde Indígena "Subsistema de Atenção Saúde Indígena e o
2151 SUS: Direito, Acesso, Diversidade Atenção Diferenciada" gerou valiosos debates e propostas durante
2152 as etapas locais, distritais para serem discutidos na etapa nacional da 5ª Conferência de Saúde
2153 Indígena; e A atenção básica em saúde deve acontecer nas aldeias e que é preciso dispor de
2154 estruturas, recursos, pessoal e logística para garantir, no próprio território, ou em uma região de
2155 referência, o acesso integral e resolutivo para os problemas de saúde de média e alta complexidade.
2156 Recomenda ao Ministério da Saúde: Definir estratégias imediatas de articulação entre as Secretarias
2157 do Ministério da Saúde, e demais órgãos do Governo Federal, com objetivo de promover: 1. Serviços
2158 de média e alta complexidade de qualidade conforme legislação vigente; 2. Fortalecimento do Distrito
2159 Sanitário Especial Indígena - DSEI como espaço de construção do Subsistema e SUS; 3. Acesso para
2160 todos os indígenas aos serviços de saúde de qualidade; 4. Política Pública de Estado específica para
2161 os povos indígenas; e 5. A realização da Conferência dos Povos Indígenas para tratar dos
2162 condicionantes que afetam a vida das populações indígenas. **Deliberação: aprovada a**
2163 **recomendação. Moção de repúdio** – o Pleno do Conselho Nacional de Saúde manifesta seu repúdio
2164 à declaração polêmica do vereador de Pirai/RJ, José Paulo Carvalho de Oliveira, no dia 8 de outubro,
2165 que gerou no mínimo indignação e que deve ser repudiada abertamente. Durante a sessão ordinária
2166 da Câmara Municipal, o vereador declarou que é contra o voto de moradores de rua: "*Mendigo não tem*
2167 *que votar. Mendigo não faz nada na vida. Ele não tem que tomar atitude nenhuma. Aliás, eu acho que*
2168 *deveria até virar ração para peixe*". Tais declarações, em nada colaboram com a defesa dos direitos
2169 humanos destes cidadãos e cidadãs, que necessitam especial atenção da sociedade brasileira sobre
2170 suas condições de vida e de saúde. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio.** Moção de apoio –

2171 o CNS manifesta apoio ao Projeto de Lei nº 7.495/2006 (origem PLS nº 270/2006), de autoria do
2172 Senado Federal, Rodolpho Tourinho, PFL/BA, que regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da
2173 Constituição; dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da
2174 Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências; e cria 5.365 (cinco
2175 mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito
2176 do Quadro Suplementar de Combate às Endemias da FUNASA. **Deliberação: aprovada a moção de**
2177 **apoio.** A Presidente do CNS informou que estava ocorrendo a Conferência Nacional das Cidades e o
2178 conselheiro Wilson Valério participaria na condição de delegado. Desse modo, solicitou a autorização
2179 do Pleno para que o conselheiro represente também o CNS. O Plenário autorizou o conselheiro a
2180 representar o CNS no evento. INFORMES – Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** registrou que se
2181 encerrava naquele dia a III Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, que contou com a
2182 participação, na condição de delegados e facilitadores, de três conselheiros nacionais (ela, Simone
2183 Vieira da Cruz e Richarlls Martins). Também ressaltou a importância de retomar a decisão da gestão
2184 anterior de pautar debate sobre a saúde da população negra no mês de novembro. Desse modo,
2185 solicitou pauta na próxima reunião para que o MS apresente balanço da Política de Saúde da
2186 População Negra. O Secretário Executivo do CNS, **Márcio Florentino**, explicou que a Mesa Diretora
2187 decidiu pautar o tema na reunião ordinária do mês de dezembro, no contexto do Fórum Mundial de
2188 Direitos Humanos. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** solicitou que o debate fosse voltado à
2189 Política de Saúde da População Negra. Conselheira **Veronica Lourenço da Silva** saudou a Mesa
2190 Diretora e SE/CNS pela iniciativa de pautar o tema na ótica do Fórum Mundial de Direitos Humanos,
2191 todavia, avaliou que a saúde da população negra deveria ter sido pauta naquela reunião pela
2192 simbologia do marco histórico do mês na luta da população negra. Conselheira **Maria do Socorro de**
2193 **Souza**, Presidente do CNS, perguntou qual deve ser o foco do debate e foi informada que deve ser o II
2194 Plano Operativo da Política. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** solicitou a autorização do Pleno
2195 para realizar reunião da Comissão de Saúde da População Negra no mês de dezembro. Conselheiro
2196 **André Luiz de Oliveira** informou que no dia 22 de outubro, na Universidade Federal de Uberlândia, foi
2197 realizado debate e o reitor convidou um representante do CNS para participar de mesa-redonda sobre
2198 a EBSEH. Disse que a conselheira Eurídice de Almeida foi indicada para participar da atividade e o
2199 debate teve repercussão positiva, com reconhecimento do CNS do papel do CNS nesse debate.
2200 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** registrou agradecimentos aos conselheiros que participaram do
2201 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado no Rio de Janeiro, e destacou que a atividade
2202 reuniu 5 mil participantes de vários países. Como resultado, foi aprovada carta do Rio de Janeiro que
2203 apoia a Lei de Iniciativa Popular e o engajamento da ABEn nas ações necessárias à aprovação da
2204 proposta. Também solicitou atenção para a impressão do folder, elaborado pela CIRH, para ser
2205 distribuído no Fórum. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou se está mantida a reunião da
2206 Comissão de Saúde Bucal, prevista para os dias 4 e 5 de dezembro. O Secretário Executivo do CNS,
2207 **Márcio Florentino**, informou que as reuniões das comissões deverão ocorrer de 20 a 29 de novembro
2208 de 2013 e a assessoria entraria em contato com as coordenações para definir a data. Disse que as
2209 reuniões teriam um dia de duração uma vez que teriam por objetivo organizar o processo de trabalho
2210 de acordo com o planejamento do CNS. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** disse que a melhor data
2211 seria 27 de novembro, porque já estaria em Brasília para outra reunião previamente agendada.
2212 Também perguntou a quem encaminhar os representantes do Conselho Federal de Odontologia para
2213 compor comissões do CNS. O Secretário Executivo do CNS explicou que o prazo para indicação de
2214 nomes para compor a Comissão expirou-se e, antes disso, foi enviado ofício às entidades solicitando a
2215 indicação a fim de não perder as vagas. Diante da não indicação de vários nomes para as comissões,
2216 disse que o Plenário deveria definir o que fazer. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** explicou que o
2217 Plenário deveria definir o que fazer em relação à vaga destinada ao CONASS na Comissão de Saúde
2218 Bucal, porque a entidade declinou da vaga. O Secretário Executivo do CNS sugeriu que fosse
2219 apresentado um quadro da situação das comissões (vagas em aberto) na próxima reunião para
2220 definição final a respeito. **A proposta foi acatada.** Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, primeiro,
2221 manifestou sua insatisfação com os informes no final da reunião, especialmente de questões graves
2222 que envolvem vidas humanas. Dada a importância do tema que abordaria, disse que em outros
2223 momentos da reunião estiveram presentes pacientes renais aguardando um posicionamento do CNS,
2224 todavia, o assunto não foi priorizado na pauta. Lamentou a falta de apoio do CNS na luta em defesa
2225 dos interesses dos pacientes renais que dependem do tratamento de diálise para sobreviver,
2226 demonstrada inclusive pela falta de espaço para o informe durante a reunião. Disse que a situação da
2227 hemodiálise é crítica (terceirização e possibilidade de quarteirização) e poderia ficar ainda pior se
2228 forem publicadas duas propostas - Revisão da RDC da ANVISA n.º 154/200, que estabelece o
2229 regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise no Brasil e as Diretrizes Clínicas
2230 para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica (DRC). Disse que as propostas foram
2231 colocadas em consulta pública e o CNS sequer foi consultado e as contribuições da FARBRA à
2232 consulta pública 154 não foram consideradas. Desse modo, solicitou à presidência do CNS que
2233 priorize as questões dos usuários, especialmente os pacientes renais, que estão à mercê do
2234 tratamento de grupos privados que controlam, inclusive, os profissionais de saúde. Conselheira **Maria**

2235 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou que o Conselho ampliou a sua pauta, mas a
2236 estrutura ainda é insuficiente diante da amplitude das demandas. Disse que a demanda dos pacientes
2237 renais é legítima e reconheceu que o pedido para pauta foi feito há tempo. Todavia, ponderou que,
2238 nesse caso, a solicitação não chegou ao CNS com a antecedência para pautar na reunião e, inclusive,
2239 valorizar a presença das entidades. No mais, ressaltou que o ponto não poderia ser tratado nos
2240 informes, dada a importância e porque demandaria encaminhamentos. Salientou que é preciso dar
2241 visibilidade aos movimentos/entidades que participam das reuniões e modificar a forma de tratar
2242 informes pelo sentido político. Explicou que se comprometeu a tentar marcar uma audiência com o
2243 Secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior para tratar do assunto e também
2244 sugeriu pautar debate sobre a Política de Saúde para Renais Crônicos na reunião ordinária do mês de
2245 dezembro. Em que pese a importância de valorizar as especificidades, disse que é preciso definir
2246 estratégias para tratar questões específicas, entre elas, a definição de parceria com o MP, sendo
2247 necessário, inclusive, a definição de prioridades. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** disse que
2248 encaminhara as denúncias ao CNS no mês de março, mas o Conselho não acusou o recebimento e
2249 frisou que teve acesso aos documentos quando foram iniciadas as consultas públicas. Ressaltou que a
2250 solicitação é de retificação da consulta pública da SAS/MS, garantindo a manifestação da sociedade e
2251 dos principais atores envolvidos e do CNS antes da publicação. Ressaltou que a Associação Brasileira
2252 de Clínicas entende que deve prestar contas para a ANVISA quando deve prestar conta ao SUS.
2253 Sobre as clínicas de diálise, disse que as questões dos profissionais de saúde e as questões do
2254 paciente renal ficam a mercê de uma sociedade específica – de Nefrologia. Além disso, salientou que a
2255 equipe multidisciplinar deve trabalhar segundo o interesse da clínica. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
2256 **Carvalho Pontes** avaliou que é preciso redefinir as pautas da reunião e também a condução dos
2257 conselheiros durante o debate, a fim de otimizar os trabalhos. **Deliberação: marcar uma audiência**
2258 **com o Secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda Magalhães Júnior e ANVISA, com a**
2259 **participação de representação das organizações dos doentes renais para tratar do assunto**
2260 **(com a demanda de alargar o prazo da consulta pública); e pautar debate sobre a Política de**
2261 **Saúde para Renais Crônicos na reunião ordinária do mês de dezembro, com a participação da**
2262 **SAS.** Conselheiro **Gilson Silva** solicitou que o CNS solicitasse ao MS que envie representantes
2263 capazes de responder aos questionamentos das comissões e do CNS. No caso das indicações, o
2264 Secretário Executivo do CNS disse que entraria em contato com os fóruns para indicação.
2265 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
2266 Presidente do CNS, encerrou os trabalhos da 251ª Reunião Ordinária. Estiveram presentes os
2267 seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho
2268 Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); **Clóvis A. Bouffleur**, Conferência
2269 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das
2270 Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das
2271 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
2272 Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista**
2273 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional
2274 dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
2275 Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais
2276 de Saúde Indígena; **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria do**
2277 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
2278 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
2279 – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Nadir**
2280 **Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes
2281 (FANAFAL); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto**
2282 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Renato Almeida de Barros**, Confederação
2283 Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social (CNTSS); **Rosângela da Silva Santos**, Federação
2284 das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Sandra Regis**, Associação
2285 Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci**
2286 **Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Ubiratan Cassano Santos**, União
2287 Nacional dos Estudantes (UNE); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Wilson**
2288 **Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zan**
2289 **Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. *Suplentes* – **Alessandra**
2290 **Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social- CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**,
2291 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo; **Ana Maria Lima Barbosa**,
2292 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos (ONEDEF); **André Luiz de Oliveira**,
2293 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Diego de Faria Magalhães Torres**, Federação
2294 Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacional - FENAFITO; **Elias José da Silva**,
2295 Movimento Popular de Saúde –MOPS; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de
2296 Travestis e Transsexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
2297 – FENAPSI; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Francisca Rego**
2298 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Larissa Alencar Rodrigues**,

2299 Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Gilene José dos Santos**,
2300 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos (SINTAPI); **Gilson Silva**,
2301 Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde –
2302 CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação
2303 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das
2304 Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério
2305 da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de
2306 Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados
2307 (SIND-NAP); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores - NCST; **Marcos**
2308 **Antônio Gonçalves**, **Federação Nacional das Avapes** – FENAVAPE; **Marco Akerman**, Associação
2309 Brasileira Rede Unida; **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento Nacional da População de
2310 Rua – MNPR; **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as
2311 Hepatites Virais (MBHV); **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBlo; **Oriana**
2312 **Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação de
2313 Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do
2314 Tabagismo, **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Vânia Lúcia**
2315 **Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição –
2316 ASBRAN. *Ausência justificada* no segundo dia de reunião: conselheiro Abraão Nunes.