



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

9 Aos onze e doze dias do mês de dezembro de dois mil e treze, no Plenário do Conselho Nacional de  
10 Saúde "Omitlton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º  
11 andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Segunda Reunião Ordinária do  
12 Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 252ª RO teve por objetivos: 1) Lançar a Parceria Institucional  
13 do CNS com o Conselho Nacional do Ministério Público, no contexto do Fórum Mundial de Direitos  
14 Humanos. 2) Debater a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, no contexto do  
15 Fórum Mundial de Direitos Humanos. 3) Realizar um balanço da política de saúde para renais crônicos,  
16 com seus desafios atuais e perspectivas. 4) A política de enfrentamento da AIDS no Brasil e as ações  
17 de promoção em saúde nos 25 anos do SUS – 1º de dezembro - dia mundial de luta contra AIDS. 5)  
18 Analisar os encaminhamentos da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH e Comissão  
19 Intersetorial de Financiamento - COFIN. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
20 iniciou a reunião cumprimentando os presentes, convidados e os internautas que acompanhavam a  
21 reunião em tempo real. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 252ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**  
22 – **APROVAÇÃO DA ATA DA 251ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Primeiro, a presidente do  
23 CNS apresentou e colocou em apreciação a pauta da 252ª Reunião Ordinária do CNS, que foi  
24 aprovada por unanimidade. Sobre a ata da 251ª Reunião Ordinária do CNS, conselheira **Oriana**  
25 **Bezerra Lima** solicitou o cumprimento do Regimento Interno do CNS no que se refere ao envio prévio  
26 da ata aos conselheiros (dez dias antes da Reunião) e a solicitação foi ratificada pelo conselheiro  
27 **Gerdo Bezerra de Faria** e outros. Após considerações, o Plenário decidiu apreciar a ata da 252ª  
28 Reunião Ordinária na próxima reunião do CNS, por não ter sido enviada com antecedência aos  
29 conselheiros. **ITEM 2 – A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E A PARCERIA**  
30 **INSTITUCIONAL DO CNS/CNMP** - Apresentação: conselheira **Maria do Socorro Sousa**, Presidenta  
31 do Conselho Nacional de Saúde; **Isabel Maria Salustiano Arruda Porto**, Promotora de Justiça –  
32 MP/CE; **Gilmar de Assis**, Promotor de Justiça – MP/MG; **Maria Roseli de Almeida Pery**, Promotora  
33 de Justiça – MP/TO. Contextualizando, a presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, lembrou  
34 que, no final de 2011, o CNS realizou seminário em parceria com o Conselho Nacional do Ministério  
35 Público - CNMP e, na oportunidade, foi sinalizada a intenção de firmar parceria institucional entre os  
36 dois Conselhos. Em fevereiro de 2013, foi realizada mesa de debate sobre os direitos fundamentais e  
37 humanos da saúde, com ampla participação do Ministério Público. Nessa reunião, foi reafirmada a  
38 necessidade de firmar parceria e foram apontados treze pontos de debate. Além disso, houve reuniões  
39 para formalizar a parceira e a agenda com representação da Comissão de Direitos Fundamentais do  
40 CNMP. Explicou que a pauta da reunião foi pensada na ótica do direito fundamental à saúde e, nessa  
41 linha, disse que é preciso considerar o contexto. Nesse sentido, destacou a realização da 4ª  
42 Conferência Nacional de Saúde Indígena, as manifestações desse segmento pelo país e a denúncia  
43 de cooperativas de médicos na Bahia. O primeiro expositor foi o Promotor de Justiça – MP/MG, **Gilmar**  
44 **de Assis**, que cumprimentou os integrantes da mesa e demais presentes. A seguir, informou que,  
45 além de integrar o Grupo de Proteção à Saúde do CNMP, era membro, junto com as demais  
46 promotoras presentes, da comissão Permanente da Saúde, instituída pelo Grupo Nacional de Direitos  
47 Humanos, do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Estado e da União. Salientou a  
48 importância do direito à saúde dentro da Constituição Federal e frisou que são muitos os desafios  
49 futuros. Destacou que o direito à saúde está consolidado na Carta Magna que se inicia não pela  
50 organização dos poderes, mas sim pelo reconhecimento e consolidação dos direitos e garantias  
51 fundamentais. Disse que a CF/88, ao instituir os direitos sociais, inclui a saúde e explicou que muito se  
52 divergiu na área do Direito se os direitos sociais eram também direitos fundamentais. Destacou que  
53 hoje está pacificado, sobretudo pelo Supremo Tribunal Federal, que os direitos sociais, por fazerem  
54 parte do título 2 da CF, que trata dos direitos e garantias fundamentais, são considerados direitos  
55 fundamentais. Ademais, disse que a Lei nº. 8.080/90 determina que a saúde não é apenas um direito  
56 fundamental, mas um direito humano fundamental. Considerando esse entendimento jurídico, salientou  
57 que esse direito precisa sair da retórica à prática. Disse que o artigo 196 da Constituição Federal  
58 apresenta dois tipos de normas constitucionais – a definição de saúde como direito de todos e dever

59 do Estado - trata-se de uma norma constitucional de eficácia plena, ou seja, de autoaplicabilidade; e a  
60 segunda parte "garantido por políticas sociais e econômicas (...)" é uma norma constitucional  
61 programática. Desse modo, perguntou como conciliar essa aparente antinomia de uma norma  
62 constitucional programática com uma norma constitucional de eficácia plena. Salientou que isso  
63 significa dizer que, diante de um caso concreto, é preciso interpretar quais dos princípios  
64 constitucionais devem ser aplicados à situação e a resposta é aquela que mais se aproxima do  
65 princípio do direito constitucional dentro do espírito do Estado Democrático de Direito – que é o  
66 princípio da dignidade da pessoa humana. Destacou que isso significa que todos os princípios podem  
67 ser relativizados, mas não revogados e, além disso, devem dialogar entre si. Explicou que a recente  
68 Lei nº. 141/2012 é constitucional e, portanto, as suas disposições e diretrizes são cláusulas pétreas.  
69 Salientou que é preciso tomar posse da Constituição, que significa o exercício de cidadania ativa na  
70 ótica de uma democracia participativa. Ressaltou que a CF/88 apresenta a saúde como direito e é  
71 preciso construir, dia a dia, os direitos sociais, daí o sentido de uma norma programática. Frisou ainda  
72 que a Constituição inaugura um Sistema "Único" de Saúde e as ações e serviços de saúde são  
73 dispensados na lógica da universalidade, da igualdade, considerando as diretrizes da  
74 descentralização, da direção única em cada esfera do governo e a participação da comunidade.  
75 Avaliou que a participação da comunidade é o exercício da democracia participativa, ou seja, trata-se  
76 do controle social. Chamou a atenção para a importância do princípio constitucional da participação  
77 popular ou da democracia participativa e, nesse contexto, reconheceu a importância do CNS na  
78 redemocratização do país, pela agenda positiva integrada aos demais movimentos sociais. Salientou  
79 que no art. 198 da Constituição, que trata da democracia participativa, o direito social à saúde é o  
80 único em que o legislador constituinte teceu a miúde, inclusive detalhamentos que deveriam ser  
81 matéria de norma infraconstitucional. Disse que esse detalhamento na CF visou reafirmar a  
82 importância do direito social à saúde e com destaque à democracia participativa. Ressaltou que a  
83 saúde é o direito social que mais se aproxima como potencial garantidor da redução das  
84 desigualdades sociais e regionais. Também salientou que o princípio da equidade, contemplado CF/88,  
85 é fundamental e os doutrinadores do Direito entendem que algo precisa ser feito porque a  
86 judicialização não garante a equidade. Para reflexão, perguntou: como garantir equidade na saúde  
87 tendo em vista a geografia continental do país e as diferenças sociais e demográficas? Para assegurar  
88 esse princípio, apontou como saída a atuação solidária dos órgãos que detém o controle social –  
89 Ministério Público, conselhos de saúde, conferências de saúde. Frisou que é preciso compartilhar  
90 saberes e abrir espaços democráticos para debate da agenda coletiva da saúde. Para ilustrar com  
91 caso concreto, relatou que em Minas Gerais foi instituída mediação sanitária, segundo o tripé – direito,  
92 saúde e cidadania, com a participação de diversos atores como CES/MS, SES, MS, Conselho  
93 Regional de Medicina, Comissão de Saúde da Assembleia, Comissão de Saúde da OAB, Federação  
94 das Santas Casas e entidades filantrópicas, Conselho Regional de Farmácia, Tribunal de Contas. Citou  
95 dados da mediação que apontam o acerto dessa agenda positiva – diagnóstico de quatro  
96 macrorregiões de saúde, alcançando quase 7 milhões de pessoas – com identificação dos gargalos do  
97 ponto de vista de causas coletivas que precisam aprimorar e avançar. Avaliou, ainda, que, nos 25 anos  
98 do SUS, será necessário pensar em uma nova estratégia para o fortalecimento do SUS. Nesse  
99 sentido, recuperou que no seminário do MP e CNS, realizado em 2011, foi aprovada a estratégia do  
100 Fórum Nacional de Articulação Permanente entre o Ministério Público e o Controle Social e, em  
101 fevereiro de 2013, a promotora **Maria Roseli Pery** participou da reunião e, na oportunidade, propôs a  
102 retomada desse espaço, propondo eixos de debate. Apontou a necessidade de oficializar a estratégia  
103 do Fórum destacando, inclusive, que está no contexto do Fórum Mundial de Direitos Humanos.  
104 Também propôs a definição de um termo de cooperação técnica a ser construído de forma solidária,  
105 em que o CNS aponte o que espera do Ministério Público. Definido esse termo, considerou importante  
106 trabalhar uma agenda positiva com efeito multiplicador nos conselhos estaduais e municipais.  
107 Destacou que a intenção é uniformizar a atuação dos órgãos de controle social em todo o país porque  
108 traz ganhos à democracia, à sociedade e aos usuários. Conselheira **Maria do Socorro Sousa**,  
109 Presidente do Conselho Nacional de Saúde, registrou a presença também de representantes do  
110 CES/RJ, CES/MS, CES/AM, CM de Manaus, além de representantes dos conselhos do Sudeste,  
111 Centro Oeste e Norte, ABENFISIO, Fórum de Gestores e AVAPE/SP. A Promotora de Justiça –  
112 MP/TO, **Maria Roseli de Almeida Pery**, cumprimentou os presentes e manifestou sua satisfação por  
113 retornar ao CNS para dar continuar ao debate da parceria entre CNS e CNMP. Salientou que é preciso  
114 fazer uma reflexão sobre a forma de atuação dos órgãos de controle interno e externo ou órgão de  
115 gestão do Estado no que se refere à garantia do direito à saúde. Ressaltou que é preciso fazer uma  
116 crítica construtiva a fim de apontar possibilidade de avanços como um todo. Apontou ainda que a  
117 defesa do direito individual – por meio da judicialização – também não se contempla na prática, tendo  
118 em vista o descumprimento das decisões judiciais. Com isso, observa-se uma desmoralização dos  
119 órgãos de poder como um todo. Explicou que o Conselho Nacional do MP é um órgão de integração  
120 nacional e pode contribuir na integração com outros órgãos de controle. Destacou que a defesa do  
121 direito à saúde é um desafio e é preciso pensar formas conjuntas de atuação a fim de alcançar o

122 pretendido. Também disse que é necessário aprofundar o debate sobre o que está sendo violado e os  
123 motivos pelos quais isso ocorre e avaliou que muito dos problemas, inclusive com dificuldade de  
124 enfrentamento, refere-se à falta de transparência no âmbito do SUS relacionados ao acesso à saúde.  
125 Nessa perspectiva, perguntou quem regula o acesso dos usuários aos serviços de saúde. No seu  
126 modo de ver, a falta de regulação é um dos principais problemas do Sistema. Explicou e o MP  
127 enfrenta dificuldade de diálogo com os pares acerca da uniformidade de atuação, porque o órgão  
128 detém independência constitucional. Salientou que é preciso pensar conjuntamente e mostrou-se  
129 otimista com a criação da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do  
130 MP, porque é uma proposta que objetiva trabalhar dentro de projeto e com prazos. Também frisou que  
131 é necessário ter cuidado ao definir as estratégias de fortalecimento de atuação do Ministério Público e  
132 do controle social. Ressaltou que a população brasileira precisa compreender o seu papel individual do  
133 contexto que envolve o direito à saúde, lembrando, inclusive, que o recurso é finito, sendo um dos  
134 pontos mais importantes o chamamento da responsabilidade social também do ponto de vista legal.  
135 Lembrou, inclusive, que a Lei nº. 8.080/90 determina que o direito à saúde não depende apenas do  
136 Estado – o dever do Estado em garantí-lo não exclui o da sociedade. Reforçou que a CF/88 consagrou  
137 a mudança de modelo de atenção, com foco na prevenção, mas, na prática, continua a prevalecer o  
138 modelo hospitalocêntrico. Finalizando, frisou que é preciso ter uma visão mais crítica sobre a forma de  
139 atuação dos órgãos de controle e a necessidade de trabalhar a sociedade para desempenhar o papel  
140 que lhe compete no campo da garantia de direito, seja no que diz respeito à redução do risco, seja na  
141 questão assistencial. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu a  
142 promotora e reiterou que o objetivo da mesa era firmar parceria institucional do CNS e MP a partir de  
143 uma agenda estratégica. A Promotora de Justiça – MP/CE, **Isabel Maria Salustiano Arruda Porto**,  
144 saudou os integrantes da mesa e os demais presentes na pessoa da conselheira Cleoneide Paulo.  
145 Também justificou a ausência do Presidente do Grupo de Trabalho de Proteção da Comissão de  
146 Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público, Jarbas Soares Junior e do  
147 Procurador de Justiça – MP/PR, Marco Antônio Teixeira. Destacou que o Ministério Público e o Poder  
148 Judiciário têm se preocupado com as questões relativas à saúde e há vários organismos de debate  
149 nesses espaços para tratar de temas como judicialização no que diz respeito ao acesso à saúde no  
150 SUS. Explicou que o MP promoveu debates sobre temas diversos da saúde que culminaram na  
151 realização de seminários. Esclareceu que o Grupo Nacional de Direitos Humanos pertence ao  
152 Conselho Nacional de Procuradores e possui sete comissões, entre elas, a Comissão Permanente de  
153 Saúde, que está sob sua coordenação. Esclareceu que essa Comissão trata das questões relativas ao  
154 SUS, como acesso à saúde, questões afetas aos princípios da dignidade humana e da cidadania e  
155 cuidado dos serviços de relevância pública. Além disso, a Comissão trabalha o fortalecimento do  
156 controle social. Informou que, em 2013, foi realizado, no Ceará o Congresso Brasileiro de Direito em  
157 Saúde que enfocou o tema do controle social. Disse que o MP enfrenta dificuldade em trabalhar o  
158 controle social nos municípios do interior dos Estados e um levantamento nos municípios apontou  
159 situação frustrante como a ingerência político-partidária. Relatou a reclamação do controle social do  
160 interior em relação à falta de liberdade e de estrutura (jurídica, contábil) necessária para atuação.  
161 Explicou que o MP não almeja substituir a função dos conselhos de saúde, que é do controle social,  
162 mas sim trabalhar em conjunto. Informou, inclusive, que o MP, em parceria com o MS e FIOCRUZ,  
163 realizará curso na área de direito sanitário direcionado a membros e servidores do MP. No que se  
164 refere à judicialização, explicou que esse processo existe porque é necessário para atender a  
165 demandas individuais. Em relação à privatização da gestão, disse que a contratação de hospitais  
166 privados e filantrópicos para dar suporte ocorre porque o público não foi competente para garantir a  
167 resolutividade. Destacou, por exemplo, que a proposta para realização de cirurgias precisa seguir o  
168 princípio da razoabilidade, com transparência e equilíbrio. Destacou que a intenção é oferecer solução  
169 ao usuário que depende do SUS para resolver a sua demanda. Salientou que o trabalho do GT da  
170 Saúde do CNMP baseia-se em projetos e disse que é coordenadora de um dos projetos relacionado ao  
171 MS – termo de cooperação técnica com o MS – que tem como vertentes: planejamento, gestão,  
172 controle e financiamento. Salientou que, por vezes, o MP necessita do resultado das auditorias para  
173 ingressar com ação de improbidade administrativa ou responsabilidade criminal, todavia, enfrenta o  
174 problema da demora na realização dessas auditorias. Disse que a intenção é agilizar o processo com a  
175 definição do termo de cooperação com o MS, lembrando que o objetivo do MP é atuar para garantir ao  
176 cidadão brasileiro o acesso aos serviços de saúde com dignidade e eficiência. Por fim, disse que o  
177 trabalho da Promotoria é cansativo, mas gratificante e demanda responsabilidade, competência, esforço  
178 e muito amor. Conselheira **Maria do Socorro Sousa**, Presidente do CNS, manifestou satisfação com a  
179 presença dos promotores e com a disposição para construir uma agenda conjunta. Disse que no  
180 planejamento do CNS foram definidas prioridades e a estratégia que conjuga forças é a campanha em  
181 defesa do SUS. Também informou que no dia 18 de dezembro de 2013 a Presidente Dilma Rousseff  
182 lançaria o decreto sobre Sistema Nacional de Participação Social. Das falas dos expositores, destacou:  
183 reafirmação da importância da democracia participativa; desafio da garantia de assegurar a equidade  
184 inclusive nos serviços ofertados; desafio de construir uma agenda coletiva e positiva; necessidade de

185 construção de uma agenda coletiva e solidária, em diálogo com a sociedade. Ademais, frisou que é  
186 preciso inovar na forma de fazer controle das ações públicas. Destacou que o CNS manifesta  
187 preocupação com o orçamento impositivo no que se refere ao controle público da aplicabilidade desse  
188 orçamento. Também lamentou a forma como o Congresso Nacional tratou a emenda de iniciativa  
189 popular que reivindica mais orçamento para a saúde, incorporando os interesses corporativos dentro  
190 daquela Casa e também a mudança de regras, pelo governo federal, referendado pelo MS. Também  
191 colocou o desafio da regulação e salientou que a sociedade não deve ser alijada desse processo.  
192 Sobre a terceirização na saúde, disse que, por um lado, amplia o serviço ofertado, mas, por outro,  
193 aumenta a iniquidade, sem controle público dos serviços prestados. Frisou ainda que está colocado  
194 para o controle social o desafio de repensar o modelo de atenção para dar respostas mais efetivas do  
195 ponto de vista do direito fundamental à saúde. Informou também que a 4ª CNSI fora realizada na  
196 semana anterior, com mobilização de mais de 30 mil lideranças. Por fim, explicou que a proposta é  
197 assinar o termo de cooperação técnica em fevereiro de 2014, com ampla divulgação para a sociedade,  
198 termo esse a ser firmado, cujo objeto é a construção de um fórum permanente de fortalecimento do  
199 controle social. **Manifestações.** Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** avaliou que é preciso  
200 melhorar a aplicação de recursos na área da saúde para tornar melhor a situação da saúde no Brasil.  
201 Para ilustrar, explicou que o Brasil aplica na saúde metade do orçamento aplicado pela Argentina no  
202 setor. Disse que o problema do país não é a falta de recursos, mas sim a aplicação desses recursos,  
203 uma vez que o Brasil paga R\$ 236 bilhões de juros/ano. Lembrou que o CNS entregou a proposta de  
204 PL, com mais de 2 milhões de assinaturas, mas essa proposição está sendo desconsiderada pela  
205 equipe econômica do governo. Conselheira **Ana Maria Costa** saudou a presença do Conselho  
206 Nacional do MP haja vista a importância da parceria entre CNS e CNMP e o papel comum da defesa  
207 da saúde pública universal e integral. Em que pese os avanços, disse que é preciso assumir os  
208 percalços do processo da dessocialização. Disse, ainda, que a judicialização, por um lado, produz  
209 equidade e, por outro, produz privilégios e salientou que a equidade, necessariamente, não favorece a  
210 universalidade. Comentou ainda sobre o processo que chamou “caça aos gestores” e frisou que  
211 inúmeros processos de improbidade se dão a custa de mudanças de gestão. Salientou que é preciso  
212 incluir na agenda de debate do CNS com o CNMP a relação público/privado e o resarcimento do  
213 SUS. Ressaltou que o MP deve também entender o privado na lógica do direito à saúde e avaliou que  
214 essa parceria é bem vinda e deve apontar novos caminhos de aperfeiçoamento e empoderamento das  
215 instituições. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** manifestou satisfação com a presença do MP e a  
216 possibilidade de suas ações se capilarizarem para estados e municípios. Concordou com a maioria das  
217 questões colocadas pelos convidados e acrescentou como eixo para ser trabalhado na agenda a  
218 questão dos trabalhadores do SUS. Ressaltou que o movimento negro possui uma batalha de mais de  
219 500 anos para que o Estado Brasileiro reconheça as iniquidades em relação a essa população, às  
220 populações indígenas e às ciganas. Também avaliou que a equidade no SUS não reflete em privilégios  
221 se for trabalhada conforme determina o SUS, ao contrário, promove atendimento igualitário à  
222 população. Disse que a judicialização ocorre por conta das iniquidades e para assegurar direitos  
223 contidos na Constituição. Convidou representantes do MP para tratar da Política de Saúde da  
224 População Negra e o enfrentamento ao racismo, preconceito e discriminação e frisou que a população  
225 negra não deseja privilégio, mas sim que o Estado Brasileiro reconheça a diferença que existe no país.  
226 Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** manifestou satisfação com a iniciativa de firmar parceria entre  
227 CNS e MP e avaliou que o controle social precisa reinventar-se em muitos aspectos para avançar,  
228 tendo o MP como parceiro. Também fez um destaque a respeito da fala sobre o compartilhamento das  
229 responsabilidades das ações de saúde com os usuários e avaliou que o país ainda não alcançou um  
230 estágio para compartilhar tal responsabilidade. Falou ainda sobre as dificuldades enfrentadas pelas  
231 pessoas com deficiência em relação ao acesso a direitos garantidos na CF. Conselheira **Rosimeire**  
232 **Aparecida da Silva** lamentou em não estar presente na assinatura do termo de parceria do CNS e  
233 MP, uma vez que essa era sua última reunião enquanto representante do CFP e fez algumas reflexões  
234 a serem contempladas na agenda de debate em parceria com o MP. Salientou que é preciso  
235 considerar que os usuários que mais recorrem ao MP e à justiça para ter acesso à saúde não são os  
236 mais vulneráveis. Desse modo, afirmou que a judicialização não promove justiça social e precisa ser  
237 revista para retomar os princípios da universalidade e da equidade, diferenciando-os da invisibilidade  
238 preconceituosa que afeta determinadas populações no acesso aos serviços de saúde, como, por  
239 exemplo, a população negra. Reiterou que o SUS é, de fato, o maior projeto de Estado que o país  
240 dispõe e é fundamental ter clareza que se trata de um Sistema “Único” de Saúde e, portanto, o privado,  
241 quando contratado pelo público, deve estar submetido à lógica que organizada o setor público.  
242 Também indicou como ponto fundamental para discussão nessa parceria a judicialização que tem, no  
243 caso, contrariado princípios da reforma psiquiátrica, uma importante política do campo da saúde.  
244 Desse modo, salientou a importância de um debate sobre internação involuntária de usuários de  
245 drogas, em especial de crack, como política pública e não como procedimento excepcional conforme  
246 determina lei específica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, cumprimentou  
247 a conselheira pelas contribuições ao CNS e pela coordenação da CISM/CNS. Conselheiro **Renato**

248 **Almeida de Barros** saudou os promotores e manifestou satisfação com a parceria do CNS com o MP.  
249 Salientou que um dos avanços do processo constituinte é a ação do MP e a intermediação e defesa  
250 dos princípios constitucionais. Em que pese os avanços trazidos pela CF/88, disse que não foi possível  
251 modificar o modelo assistencial do país, permanecendo a lógica hospitalocêntrica. Para alcançar essa  
252 mudança, salientou que é preciso assegurar parceria com o MP e a efetivação do controle social.  
253 Também fez menção à reportagem do jornal Fantástico que tentou justificar o repasse das ações de  
254 saúde pública para o privado e ressaltou que é preciso mudança para que o poder público assuma o  
255 seu papel, criando estrutura – cumprimento do art. 200, interferindo na formação para garantir  
256 profissional de acordo com as demandas. Além disso, falou sobre a importância da definição da  
257 carreira e valorização de profissionais. Por fim, saudou a formação da mesa porque possibilita  
258 discussão de Política pública conforme consta da CF/88. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo**  
259 interveio, dizendo que é preciso considerar a necessidade de mais recursos para a saúde, de um lado,  
260 e, de outro, a gestão desqualificada. Também chamou a atenção para a falta de informação para os  
261 usuários e a dificuldade de articulação dos promotores na ponta para contribuir com o controle social.  
262 Manifestou satisfação com a criação da comissão de direitos fundamentais porque pode ajudar na  
263 mudança do modelo assistencial, com debate de questões como acesso das pessoas com deficiência,  
264 falta de acessibilidade e de assistência. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** cumprimentou os  
265 convidados pela abordagem e fez um destaque ao tema da judicialização, avaliando que é um  
266 procedimento para busca do direito individual quando não é assegurado o direito coletivo. Salientou  
267 que, embora haja diversas decisões sobre a concessão de remédios e equipamentos, não existe  
268 direcionamento como ocorre em relação a outras decisões da saúde. Perguntou, inclusive, se a  
269 legislação do país não é branda no que diz respeito ao compromisso do gestor em cumprir com a sua  
270 obrigação, o que incentiva o descumprimento do que está previsto em lei e de decisões judiciais.  
271 Avaliou ainda que é pequena a quantidade de pessoas que recorrem ao Judiciário para resguardar os  
272 seus direitos e acrescentou que os serviços advocatícios são muito caros. Conselheiro **José Eri de**  
273 **Medeiros** chamou a atenção para a importância da pauta e manifestou satisfação com a proposta de  
274 parceria com o MP. Explicou que esteve presente no processo constituinte, em nome do CONASEMS  
275 e fez parte do processo de redemocratização do país. Avaliou que a parceria pode estabelecer  
276 parâmetros para dois pontos fundamentais – a judicialização e o orçamento/financiamento da saúde.  
277 Concordou que existe dificuldade de gestão, mas é preciso reconhecer o que os gestores brasileiros  
278 fazem com recurso escasso. Também disse que a diretoria do CONASEMS estava reunida para  
279 debater as denúncias veiculadas no Fantástico e interferência do Banco Mundial na gestão pública do  
280 país. Por fim, registrou que o CONASEMS apoiava a parceria do CNS com o MP. Conselheiro **André**  
281 **Luiz de Oliveira** manifestou satisfação com a parceria CNS e MP por entender que traz benefícios  
282 para a sociedade civil. Em nome do Movimento Saúde + 10, disse que é preciso buscar o apoio das  
283 entidades para sensibilizar os parlamentares e autoridades governamentais sobre a importância do PL  
284 de iniciativa popular – Saúde + 10. Apesar da inserção midiática sobre as mazelas do SUS, lembrou  
285 que ações importantes têm sido realizadas no país. No mais, disse que a judicialização, em muitos  
286 casos, é o único caminho que o usuário encontra para assegurar o acesso às ações e serviços de  
287 saúde. Fez um destaque ainda sobre os problemas de gestão, do subfinanciamento, da judicialização,  
288 da relação profissional dos insumos estratégicos. Por fim, salientou a necessidade de parceria e de  
289 apoio do CNMP, dos promotores e procuradores para buscar respostas sobre a pressão sofrida por  
290 hospitais universitários que não aderem à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH e o  
291 apoio à realização de concursos públicos, sem terceirização na saúde pública. Conselheiro **João**  
292 **Rodrigues Filho** saudou a presença dos promotores e manifestou apoio à parceria do CNS com o MP.  
293 Sobre a terceirização, explicou que há problemas em três hospitais no Rio Grande do Norte/RN  
294 porque a empresa contratada não fez o pagamento de funcionários. No Maranhão, foi necessário  
295 recorrer ao Judiciário para assegurar o pagamento dos trabalhadores da saúde, com bloqueio de  
296 recursos. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** saudou os convidados e sentiu falta de  
297 abordagem sobre a EBSERH. Lamentou que o governo lance mão dessa forma de privatização para  
298 gerenciar os hospitais universitários e avaliou que ocorre uma inversão de valores dentro dessa  
299 empresa. Chamou a atenção para esses hospitais que, nos pequenos municípios, é a única forma de  
300 garantir o acesso da população aos serviços e ações da saúde e por serem um espaço importante  
301 para realização de pesquisas. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** avaliou como importante a  
302 parceria firmada entre o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público e  
303 necessária à articulação de movimentos e conselhos. Reconheceu que há problemas no acesso, mas  
304 garantiu que o governo está envidando esforços para que haja diminuição desse problema. Também  
305 destacou que as filas não são transparentes e a regulação é terceirizada. Salientou que não é o  
306 Executivo que resolverá o conjunto das questões e avaliou que os conselhos e os movimentos devem  
307 democratizar o Executivo. Sobre as denúncias do Fantástico, disse que não deve ser uma referência  
308 para discutir a saúde do país. Frisou que a referência deve ser outra, o que não significa negar as  
309 denúncias. Por fim, disse que é importante a articulação dos dois conselhos Nacional e do MP, porque  
310 a luta pelo SUS exige muito de todos. Conselheiro **Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza** disse

que as falas demonstram a extensão da agenda do CNS com o MP e o ponto comum que abarca esses temas é a forma como se organiza o Estado no país. Também avaliou que é preciso refundar o Estado democrático de direito porque o que se tem hoje é um arcabouço de um Estado burocrático, patrimonialista, clientelista, que não funciona. Disse que no último Congresso da ABRASCO foi discutida a necessidade de uma institucionalidade para o SUS e pensar em uma nova forma de democratizar o Estado, o que demanda uma reforma política e superação da fragmentação do SUS. Nessa linha, falou da proposta de organizar um "SUS Brasil", cofinanciado pelas três esferas de governo, com base nas regiões de saúde. Definido esse debate central, avaliou que é preciso definir carreira nacional de Estado para todos os profissionais de saúde, vinculada à nova forma de organização, com possibilidade de adaptação de acordo com a característica de cada região. Também disse que ABRASCO e CEBES possuem forte articulação com a AMPASA e é preciso debater questões concretas e específicas como o cumprimento e descumprimento de leis, que podem ser objeto de ação específica. Referiu-se especificamente à aprovação de uma lei que exclui a ANVISA e o IBAMA do processo de aprovação da utilização, comercialização e importação de agrotóxicos no país. Explicou que a ABRASCO encaminhou carta ao procurador geral solicitando providências a respeito, mas não obteve resposta e a intenção é entrar com uma ADIn. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** agradeceu a presença do Ministério Público e avaliou que a relação entre CNS e MP deve ser permanente. Nessa linha, ressaltou a importância da participação de representantes do MP nas reuniões do CNS. Sobre a judicialização, avaliou que trouxe conquistas para o movimento de saúde, uma delas a definição do Programa de AIDS no Brasil. Contudo, disse que a atualização de protocolos deve ser feita pela justiça. Manifestou preocupação com as falas relativas a direito individual e direito coletivo e a culpabilização dos usuários. Citou, por exemplo, que o abandono do tratamento da tuberculose é decorrente do abandono do serviço em relação ao usuário. No caso da AIDS, lembrou que campanhas de informação foram censuradas, privilegiando acordos políticos eleitoreiros, em detrimento do direito à informação e à necessidade de enfrentamento de problemas epidemiológicos brasileiros, ampliando a vulnerabilidade das pessoas, pois o direito à informação lhes é negado. Acrescentou que, para se proteger, o usuário precisa ter acesso à informação. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** "Santinha" manifestou satisfação com a presença do MP e salientou a importância de manter a parceria entre CNS e CNMP. Concordou que é preciso definir estratégias e lembrou que uma das estratégias para 2014 é debater os 25 anos do SUS. Para reflexão, perguntou como trabalhar a questão do acesso, que é um dos gargalos do SUS. Sobre a judicialização, disse que é uma forma de assegurar o acesso aos serviços de saúde quando o órgão público não atende. Destacou que é preciso debater essa e outras questões com a presença do Ministério da Saúde. Também avaliou que o MS deve criar um programa de humanização dos profissionais de saúde. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** destacou que a questão do agrotóxico deve ser tratada com muita atenção e fez a leitura de trecho de uma reportagem para mostrar o que ocorre nesse setor. Segundo o documento, o governo decidiu que vai rever o rito de aprovação de defensivos no país devido a forte pressão do setor produtivo. A Casa Civil está preparando uma medida provisória com as mudanças que serão adotadas, que deverá ser publicada até o fim deste ano (já ocorreu). Na mesa, por enquanto, estão duas propostas parecidas, uma do segmento de defensivos e outra de parlamentares da bancada ruralista no Congresso. Nas duas propostas está prevista a criação de uma comissão técnica, que passaria a ser a responsável pela análise dos produtos. Na prática, portanto, a nova comissão esvaziaria o poder da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nessa frente. A agência é considerada pelo setor produtivo a grande responsável pela atual demora desse processo. Para receber "sinal verde" para produção e comercialização, a análise passa atualmente pela Anvisa, pelo Ministério do Meio Ambiente e pelo Ministério da Agricultura. A intenção do setor privado é criar a Comissão Técnica Nacional de Agrotóxicos (CTNAgro), subordinada à Casa Civil e com 13 membros. Assim, a Anvisa e o Ministério do Meio Ambiente apenas definiriam parâmetros de segurança e avaliações toxicológicas e ambientais para os produtos e não mais analisariam projeto por projeto. Disse que essa decisão esvazia o papel da ANVISA e que a Lei nº. 2.873/13 e o Decreto 8.133/13 agridem perigosamente os preceitos constitucionais, porque possibilitam a introdução de agrotóxicos no país sem as devidas avaliações de risco e perigo ao meio ambiente, à alimentação e à saúde, além de esvaziar o papel da Anvisa e desconsiderar a Lei nº. 7.802/89, que estabelece a avaliação dos agrotóxicos por parte dos órgãos da agricultura, da saúde e do meio ambiente. Disse que a lei e o decreto estendem o sofrimento do cidadão por gerações, ferindo direitos garantidos pela Constituição, especialmente à alimentação adequada e saudável. Considerando a defesa do individual não se contempla mais na prática, destacou que algumas entidades, como Conselho Federal de Nutricionistas e a ABRASCO formalizaram pedido de anulação dos dispositivos por conta da constitucionalidade, mas não houve retorno do MP Federal. Sobre o atuar solitário entre CNS e MP, salientou que o CNS possui diversos parceiros que contribuem e permanecerão nessa luta. Destacou que o CFN indica que esse tema faça parte da agenda coletiva de saúde e que seja ponto de um projeto dentro do grupo de saúde do CNMP. Conselheiro **Wilson Valério da Rosa Lopes** saudou os representantes do CNMP e a iniciativa

374 de parceria, entendendo que é um passo importante para ajustar o controle social e a relação com o  
375 MP. Reiterou a importância do MP na defesa dos direitos coletivos do cidadão e reafirmou a  
376 necessidade da reforma política para esse processo. Falou ainda sobre o problema das emendas  
377 parlamentares que são feitas sem nenhum critério. Ressaltou a importância da equidade e da  
378 necessária uniformidade das ações do Ministério Público. Também comentou sobre a judicialização,  
379 concordando que é feita por uma camada da sociedade brasileira e não para os que necessitam. Por  
380 fim, reiterou a importância de definir agenda pública de construção coletiva para fortalecer o SUS.  
381 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também saudou a presença do MP e ressaltou que há uma  
382 dicotomia entre a teoria e as representações e o trabalho do cotidiano dos profissionais de saúde que,  
383 a despeito de atuarem com competência, não têm poder para mudar a realidade. Sobre o direito  
384 individual e coletivo, propôs o debate desse tema na Plenária de Conselhos a realizar-se no mês de  
385 abril do próximo ano. Disse que as entidades que compõem o CNS podem desempenhar o papel de  
386 educação/convencimento sobre coletivo e individual e os conselheiros devem dialogar a respeito.  
387 Salientou ainda que o CNS manifestou-se contra a EBSERH e perguntou por que não há investimento  
388 no público ao invés do privado. Sobre o noticiado pelo Fantástico, disse que é preciso fazer  
389 campanhas de divulgação do SUS, inclusive mais acessíveis e capazes de alcançar a população em  
390 geral. Conselheiro **Eni Carajá Filho** manifestou satisfação com a visão dos promotores na defesa do  
391 SUS e ressaltou que são necessários aliados nessa luta. Denunciou que promotores em municípios  
392 estão liderando a contratação indiscriminada de servidores sem concurso público ainda que haja  
393 concurso em vigor, como ocorre em Betim, Minas Gerais. Além disso, disse que a prefeitura de Betim  
394 cedeu terreno para UNIMED de Belo Horizonte construir um hospital. Disse que o conselheiro Renato  
395 Barros fez a denúncia e o CMS, ao invés de apurar a denúncia, quer investigar o denunciante.  
396 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a CCJ da Câmara dos Deputados aprovou a  
397 admissibilidade da PEC do Senado Federal, que propõe 15%, até 2018, para a área da saúde, o que  
398 significa desconsiderar o projeto de iniciativa popular. Diante disso, propôs que o CNS se manifeste  
399 publicamente contra essa iniciativa de emenda à Constituição, modificando o art. 198. Conselheira  
400 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** saudou os promotores e fez um cumprimento especial à  
401 promotora Isabel Maria Salustiano Arruda Porto em reconhecimento ao trabalho realizado,  
402 especialmente no Estado do Ceará. Disse que é uma realidade a ação conjunta do controle social com  
403 o MP nesse estado, com a participação de promotores em seminários e outras atividades. Também fez  
404 um destaque ao processo de judicialização que ocorre no país e salientou que se trata de um artifício  
405 importante que muitas vezes pode salvar a vida de um usuário. Salientou a importância do diálogo e da  
406 informação, corresponsabilização, empoderamento, atenção, autocuidado, responsabilidade do sujeito  
407 e dos profissionais de saúde. Por fim, reiterou a necessidade de assegurar diagnóstico precoce na  
408 rede do SUS das patologias, a exemplo do autismo. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**,  
409 primeiro, fez referência aos 25 anos do SUS e à Lei nº. 7437/85 ("Lei Caó") para salientar que é  
410 preciso avançar muito no que diz respeito ao direito humano à saúde. Ressaltou que é necessário  
411 qualificar, de fato, inclusive na linha da desconstrução do preconceito, lembrando que o crime do  
412 racismo é cometido sem nenhuma punição. Disse que o grande desafio, que é coletivo, é transformar  
413 cidadãs e cidadãos de direito em cidadãs e cidadãos de ação; ou seja; deve-se acreditar que o SUS é  
414 possível. Ressaltou ainda que a corresponsabilização deve ser feita a partir do momento em que a  
415 sociedade for informada e subsidiada e assegurada às reais condições de acesso. Sobre a AIDS,  
416 disse que há uma lacuna, considerando que os movimentos têm sido pouco ouvidos e a informação  
417 não chega à sociedade. Por fim, destacou que é preciso falar sobre o racismo institucional na saúde  
418 que continua matando mulheres negras por causas evitáveis. Conselheira **Maria do Socorro de**  
419 **Souza**, Presidente do CNS, abriu a palavra aos convidados para as considerações finais e lembrou  
420 que a proposta é formar um GT para elaborar o termo de cooperação técnica para ser lançado em  
421 fevereiro de 2013. **Retorno da mesa.** A Promotora de Justiça/MP/TO, **Maria Roseli de Almeida Pery**,  
422 ressaltou que a comunicação é determinante para avançar e que o objetivo comum de todos é a  
423 efetivação do direito fundamental à saúde. Também esclareceu que não se posicionou contra a busca  
424 do direito individual, todavia, disse que a violação do direito fundamental à saúde no país é tamanha  
425 que se torna impossível ao MP defender o direito à saúde do ponto de vista individual. Salientou,  
426 inclusive, que há uma demanda reprimida de acesso à justiça e explicou que, caso a população  
427 buscassem os seus direitos individuais, o MP não teria condições de atender toda essa demanda.  
428 Ressaltou que é preciso atuar de maneira proativa, efetiva e eficiente e da forma como ocorre a  
429 violação do direito à saúde no país o MP não conseguirá defender esse direito individualmente.  
430 Salientou que há filas em relação a demandas judicializadas e é expressivo o descumprimento de  
431 ordem judicial. Salientou o limite de atuação do MP no que se refere a demandas individuais. Destacou  
432 que o Estado deve assumir o seu papel em relação à saúde no país e a atuação deve ser ampla e  
433 alinhavada do ponto de vista estratégico. Sobre a judicialização, lembrou que há pontos positivos e  
434 negativos e concordou com a necessidade de aprofundar o debate desse tema. Também disse que é  
435 preciso discutir se falta comunicação mais adequada para cada pessoa, mas, na realidade, nem  
436 sempre esse é o problema. Nesse sentido, asseverou que é preciso definir como trabalhar com a

437 pessoa que não tem informação e com aquela que têm informação e não muda de postura. Por fim,  
438 agradeceu a oportunidade de participar do debate e colocou-se à disposição para contribuir na  
439 construção de um SUS ideal e real. A Promotora de Justiça – MP/CE, **Isabel Maria Salustiano Arruda**  
440 **Porto**, primeiro, agradeceu a oportunidade de estar presente e colocou o seu gabinete à disposição.  
441 Sobre a judicialização, disse que será um tema da agenda de debate do CNS e CNMP e salientou que  
442 o Ministério Público implementa o que determina a Lei. Salientou que uma das normas da CF/88 é que  
443 o MP deverá zelar pelo interesse coletivo e pelo direito individual indisponível. A respeito da internação  
444 involuntária acerca da dependência química, disse que esse debate está em construção no âmbito da  
445 COPEDS. Nesse aspecto, lembrou que constatou consultórios com vínculos com empresas,  
446 laboratórios, o que acontece também com profissionais de saúde, como, no caso, os médicos. Além  
447 disso, salientou que o prescritor é um dos atores principais desse processo, porque somente existe  
448 judicialização mediante prescrição. Também lembrou que não é somente o MP que judicializa, há  
449 também a Defensoria Pública, advocacia privada. Sobre os hospitais universitários, explicou que é uma  
450 demanda que está sendo trabalhada. Também avaliou que deve constar do termo de cooperação a  
451 participação do MP nas reuniões do CNS. Sobre o decreto dos agrotóxicos, colocou-se à disposição  
452 para encaminhar o assunto para debate na Comissão Permanente de Saúde do GNDH e, posteriormente,  
453 enviar os encaminhamentos. Finalizou agradecendo e manifestando a satisfação do  
454 MP em estar presente na pauta do CNS. O Promotor de Justiça – MP/MG, **Gilmar de Assis**,  
455 agradeceu as intervenções e, dado o avançado da hora, comprometeu-se a responder por e-mail os  
456 questionamentos. Afirmou que não se pode falar em Estado democrático de direito sem o afastamento  
457 da jurisdição e que a preocupação é encontrar, dentro da articulação, estratégias no sentido de  
458 analisar com duas lentes – a da legalidade e a da realidade. Salientou que esse equilíbrio é  
459 fundamental e não se deve fechar os olhos para a ação criminosa da incorporação tecnológica às  
460 avessas. Ressaltou que o CNS e o MP, em articulação, buscarão estratégias de atuação para o  
461 desafio da saúde nos próximos 25 anos. No mais, apresentou como encaminhamento que CNS e  
462 CNMP proponham audiência pública para debater o decreto em relação ao uso de agrotóxicos, com a  
463 participação da Comissão da Proteção da Saúde e outros atores importantes, para obter  
464 encaminhamentos e despertar a sociedade para esse grave problema. Conselheira **Maria do Socorro**  
465 **de Souza** informou que o MP do Trabalho realizaria audiência pública no dia seguinte para analisar a  
466 conjuntura e sugeriu aguardar o resultado desse processo, para dar continuidade ao debate do tema.  
467 O Promotor de Justiça – MP/MG, **Gilmar de Assis**, também concordou com a proposta de formar  
468 comissão para elaborar o termo de cooperação técnica entre CNS e CNMP com assinatura no mês de  
469 fevereiro de 2014 e realização do II Seminário. Por fim, agradeceu a oportunidade e as manifestações  
470 e salientou que se está vivendo um novo tempo e a atuação do MP e o CNS são importantes uma vez  
471 que podem modificar a realidade social, fazendo do país um local para diminuir as grandes  
472 desigualdades sociais. Conselheira **Maria do Socorro Sousa**, Presidente do CNS, agradeceu a  
473 presença e a contribuição dos promotores e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário**  
474 **decidiu formar um GT representativo, sem ser necessariamente paritário, para a formulação do**  
475 **Termo de Cooperação Técnica entre CNS e Ministério Público. O documento será assinado na**  
476 **reunião ordinária do mês de fevereiro de 2014.** Com esse encaminhamento, a Presidente do CNS  
477 agradeceu os convidados e encerrou a discussão desse item. Retomando, conselheira **Paula Jhons**  
478 fez um informe sobre a manifestação em defesa da regulamentação da Lei anti Fumo, com destaque  
479 para a entrega de 25 mil assinaturas ao Congresso Nacional solicitando essa regulamentação.  
480 Também anunciou que no dia seguinte seria realizada audiência pública na Comissão de Legislação e  
481 Participação solicitando a regulamentação da Lei que estava parada no Congresso há dois anos.  
482 Conselheiro **Geordeci Menezes** fez um informe sobre moção, aprovada no V Encontro Nacional da  
483 CIST sobre a lei que flexibiliza a entrada de agrotóxicos no país. Também comunicou que a comissão  
484 organizadora da Conferência de Saúde do Trabalhador se reuniria na semana seguinte, com a  
485 participação de representantes de outros ministérios. Disse que já haviam sido marcadas conferências  
486 macrorregionais e estaduais e os regimentos estavam em elaboração. Também informou que seria  
487 realizada oficina com as centrais sindicais para preparar o seminário com o setor produtivo. **ITEM 3 – A**  
488 **POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E O ENFRENTAMENTO AO RACISMO,**  
489 **PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO** - Apresentação: **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário  
490 de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS; **Ângela Nascimento**, Secretária de Políticas de  
491 Ações Afirmativas – SPA/SEPPIR; conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus**, coordenadora da  
492 Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN/CNS; e **Jurema Werneck**,  
493 coordenadora da ONG CRIOLA. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora  
494 do CNS. A coordenadora da ONG CRIOLA, **Jurema Werneck**, iniciou cumprimentando os presentes e  
495 agradecendo o convite para debater essa pauta no CNS. Na sua apresentação, falou sobre o direito  
496 humano à saúde da população negra e o enfrentamento ao racismo institucional. Começou com uma  
497 homenagem à memória de Nelson Mandela, líder que provou que é tarefa de toda nação lutar contra o  
498 racismo. Salientou que enfrentar o racismo é dever de todas instituições públicas e privadas atuantes  
499 em território nacional, conforme regulações internacionais (Convenção pela Eliminação da

500 Discriminação Racial; e Declaração Plano de Ação de Durban 2001), relações nacionais (Constituição  
501 Federal; Lei nº. 7.437, de 20 de dezembro de 1985 (Lei Caó), que criminaliza o racismo e o  
502 impedimento de acesso a serviços por razão da raça, cor, sexo e estado civil e Lei nº. 12.288 de 2011  
503 (Estatuto da Igualdade Racial)). Salientou que a realização do dever de enfrentar o racismo  
504 institucional resultará em proteção social crescente para negras e negros. Detalhou que há várias  
505 formas de racismo: pessoal/internalizado – sentimentos e condutas; interpessoal – ações e omissões;  
506 e institucional – material e acesso ao poder. Além disso, destacou que o racismo age de diversas  
507 formas - ocupação, idade/geração, ocupação, orientação sexual, condição física/mental, escolaridade,  
508 classe social, território. Feito esse panorama geral, focou a sua explanação no racismo institucional,  
509 por considerar a importância da compreensão do controle social e da luta. Começou conceituando  
510 racismo institucional, segundo S. Carmichael & C. Hamilton (1967), como a falha coletiva de uma  
511 organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura  
512 ou origem étnica. Acrescentou que, para Ronaldo Sales Jr. (2011), o “fracasso institucional” é apenas  
513 aparente, resultante da contradição performativa entre o discurso formal e oficial das instituições e  
514 suas práticas cotidianas, sobretudo, mas não apenas informais. Destacou que o racismo institucional  
515 está presente em todos os lugares, mediando as condições de acesso e utilização das políticas e  
516 serviços, inclusive nos processos e nos resultados. Ilustrou essa assertiva com os seguintes exemplos:  
517 racismo institucional mediando o acesso: SUS distante das comunidades e populações negras  
518 (integralidade); ações, políticas e programas: o caso dos transplantes (estudo IPEA, TD 1629 -  
519 Desigualdade de Transplantes de Órgãos no Brasil: Análise do Perfil dos Receptores por Sexo e Raça  
520 ou Cor, 2011); cumprimento de determinações legais: o exemplo do caso Alyne Pimentel (jovem negra  
521 grávida que faleceu por falta de atendimento). Ainda a respeito do racismo institucional, destacou que  
522 garante as condições para a perpetuação das iniquidades e associa-se a outras iniquidades,  
523 produzindo ou ampliando as iniquidades experimentadas. Além disso, traduz escolhas institucionais  
524 atuais ou passadas reeditadas por decisão ou inércia. Destacou que o enfrentamento requer  
525 compromissos, processos e práticas atualizadas. Também salientou que são necessárias  
526 manifestações para o público, com qualificação para o atendimento do grupo raça/cor; mudança da  
527 cultura institucional; produção de dados e informações cadastrais sobre o público; avaliação das  
528 políticas e serviços; liderança competente para agir, formular, induzir, cobrar e garantir;  
529 desenvolvimento de ações afirmativas e outras políticas de enfrentamento ao racismo institucional;  
530 construção de competência cultura; e monitoramento e prestação de contas. Finalizando, lembrou que  
531 o CNS aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma ferramenta potente  
532 para enfrentar o racismo institucional no SUS, porque elimina disparidades raciais nos indicadores de  
533 saúde e desenvolve ações afirmativas. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus**, coordenadora da  
534 Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra – CISPN/CNS, disse que se vive outro momento  
535 da Política e é preciso o envolvimento de todos os segmentos para sua implementação. Chamou a  
536 atenção para o alto índice de morte materna de mulheres negras e de casos de câncer de colo nessa  
537 população para salientar a importância da definição de um modelo de assistência capaz de responder  
538 a especificidade desse segmento. Todavia, esclareceu que não significa a defesa de um SUS paralelo  
539 que privilegie populações específicas como a negra ou a indígena. Nessa linha, frisou que é preciso  
540 conhecer a situação dessa população a fim de definir ações capazes de implementar o conceito de  
541 integralidade defendido pelo SUS. No contexto dos 25 anos do Sistema, salientou que é preciso avaliar  
542 os avanços e fazer os ajustes necessários para atender as demandas desse segmento da população.  
543 Citou, por exemplo, que é inadmissível aceitar que o pré-natal para as mulheres negras seja diferente  
544 do que é feito para as mulheres brancas, conforme apontado pelos dados do Ministério da Saúde.  
545 Ressaltou que é preciso o envolvimento de todos para garantir, na prática, um Brasil verdadeiro que  
546 reconhece a sua diversidade e as diferenças entre as pessoas de modo a assegurar que a saúde  
547 signifique promoção da qualidade de vida para toda a população. Frisou que, além de signatário de  
548 ações, o país deve colocar em prática as propostas. Também aproveitou para solicitar ao Ministério da  
549 Saúde que assegure profissionais do Programa mais Médicos para áreas quilombolas porque essa é  
550 uma população que carece de atendimento. Por fim, disse que a CISPN se reuniu e, após debate,  
551 elaborou uma recomendação para ser apreciada pelo Plenário do CNS. Conselheira **Nelcy Ferreira da**  
552 **Silva** registrou a presença de representantes do Centro Feminista de Estudos e Assessorias, da  
553 Assessoria de Comunicação da SEPPIR e dos Conselhos Estaduais do Rio Grande do Norte, do  
554 Amazonas, do Rio de Janeiro e do Mato Grosso do Sul. A secretária de Políticas de Ações Afirmativas  
555 – SPA/SEPPIR, **Ângela Nascimento**, iniciou a sua fala agradecendo o convite para debater o tema  
556 no CNS e frisando a importância de o Conselho considerar a Política como uma prioridade de sua  
557 atuação. Também fez uma saudação à memória de Nelson Mandela, líder que expressou o que uma  
558 pessoa é capaz de fazer em nome de um coletivo, lembrando que racismo possui uma dimensão  
559 coletiva e se expressa na singularidade de cada um. Destacou que a PNSIPN reconhece o racismo  
560 como um determinante de saúde e frisou que é preciso reconhecer o racismo e apontar as formas de  
561 políticas públicas para esse enfrentamento no caso da Política de Saúde da População Negra.  
562 Explicou que, segundo estimativas, a população negra, já maioria no país, continuará a aumentar,

563 chegando a mais de 60% da totalidade nos próximos quinze ou vinte anos, gerando um desafio maior  
564 para o governo na formulação de iniciativas que contemplem essa diversidade. Diante desse cenário,  
565 destacou que é necessário pensar formas para trabalhar instrumentos como a PNSIPN que fortalecem  
566 o SUS, contribuindo com o seu avanço e diminuindo o custo que o racismo traz para as políticas  
567 públicas. Salientou que avançar na implementação da Política contribuirá para um Estado mais  
568 democrático e, nesse contexto, disse que a SEPPIR escolheu como tema da III Conferência Nacional  
569 de Promoção da Igualdade Racial "Democracia e Desenvolvimento por um Brasil Afirmativo", realizada  
570 no período de 5 a 7 de novembro de 2013, em Brasília. Disse que trazer o conceito de ações  
571 afirmativas para Política significa trazer a defesa do SUS e materializar os seus princípios para dar  
572 conta das especificidades. Salientou, inclusive, que a criação da SEPPIR, em 2003, trouxe para o  
573 cenário da política pública federal um novo sujeito político-institucional. Lembrou, a propósito, o papel  
574 da Secretaria de transversalizar as políticas de promoção da igualdade racial, bem como de articular e  
575 monitorar as iniciativas em curso. Explicou que, em 2011, a SEPPIR firmou um protocolo de intenções  
576 com o Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Igualdade Racial é Pra Valer, no sentido de  
577 impulsionar as ações de saúde e vem dialogando com as diversas instâncias do Ministério. Destacou  
578 ainda que a Secretaria trabalhou no comitê técnico, contribuiu na elaboração do 2º Plano Operativo da  
579 PNSIPN, na construção de indicadores para acompanhamento da Política, entre outras medidas.  
580 Destacou que a questão racial está contemplada na agenda do PPA (2012/2015) em 25 programas e  
581 90 ações com interface com políticas públicas de outras áreas, incluindo a saúde. No caso da SEPPIR,  
582 disse que há dois objetivos centrais na agenda transversal e no PPA da Secretaria: redução da  
583 morbimortalidade materna das mulheres negras; e enfrentamento e redução da violência contra a  
584 juventude negra. Frisou que a Secretaria possui o papel de articulação com o MS para que a Política  
585 caminhe para o seu fortalecimento de acordo com o diagnóstico da situação do país. Destacou que o  
586 momento é de extrema importância e lembrou o discurso da Presidente da República, Dilma Rousseff,  
587 na aberta da III Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (III Conapir). Na ocasião, a  
588 Presidente, entre outras questões, reforçou a importância da política de enfrentamento ao racismo e de  
589 promoção da igualdade racial e, ao reconhecer o racismo, salientou a importância da contribuição do  
590 Estado para enfrentá-lo, de modo a permitir ao país a consolidação da democracia e crescimento.  
591 Finalizando, destacou que o papel importante do CNS nesse processo e fez um destaque à aprovação  
592 da Política no Colegiado do Conselho. Por fim, registrou a presença da diretora de programas/SEPPIR,  
593 Mônica Oliveira e assessores técnicos da SEPPIR. Seguindo, fez considerações sobre o tema o  
594 Secretário Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, que iniciou destacando a importância de  
595 debater essa temática no âmbito do CNS. Salientou que as questões colocadas pelas expositoras  
596 estavam ancoradas na PNSIPN e destacou o esforço para colocar em prática o II Plano Operativo da  
597 Política, também aprovado no CNS e pactuado na CIT. No caso das políticas promotoras de equidade,  
598 fez um destaque à publicação da Política de Saúde da População LGB e da Política de Saúde da  
599 População do Campo e da Floresta e apontou que o desafio é materializar essas políticas no âmbito do  
600 SUS. Salientou que é importante entender a natureza do Estado brasileiro – autoritário, de origem  
601 escravocrata e colonizadora, patrimonialista e cartorial – e considerar que a PNSIPN se dá em um  
602 espaço de disputa de valores da sociedade. Pontuou também como desafio o formato do Estado,  
603 lembrando que o Plano Operativo deve traduzir-se em 5.670 planos operativos dos municípios.  
604 Salientou ainda que é fundamental reconhecer o racismo institucional e as desigualdades étnico-raciais  
605 como determinantes sociais das políticas de saúde. Também fez um destaque aos eixos da Política –  
606 garantir o acesso da população negra às redes de atenção à saúde; promoção e vigilância  
607 (importância da desagregação de dados); educação permanente em saúde e produção do  
608 conhecimento em saúde da população negra (estímulo a pesquisas na área); educação permanente  
609 (parceira com a FIOCUZ e SGTES para desenvolver frentes: formação de agentes para abordagem na  
610 questão do crack e da população em situação de rua, capacitar os agentes comunitários de saúde com  
611 abordagem na saúde da população negra); fortalecimento e participação do controle social – é preciso  
612 definir agenda para capacitar os representantes da população negra nos CES e CMS para induzir a  
613 elaboração dos planos de saúde da população negra (ação intersetorial em 132 municípios para  
614 enfrentar a morte de jovens negros; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população  
615 negra – a proposta é realizar, em 2014, atividade para elaborar o planejamento estratégico do Plano  
616 Operativo da Política e está em debate a criação de instância na estrutura do Ministério da Saúde para  
617 acompanhar e monitorar a Política, contando com interlocutores e controle social. Solicitou o empenho  
618 dos conselheiros nacionais de saúde para descentralizar o comitê nacional de saúde da população  
619 negra, sendo cada comitê estadual acompanhado pelos conselhos de saúde – pautar plano operativo  
620 nacional para elaborar plano municipal. Também lembrou que, entre as prioridades dos 6 mil médicos  
621 do Programa mais Médicos, estão a população em situação de extrema pobreza; periferias de grandes  
622 cidades; semiárido nordestino; população quilombola; população ribeirinha da região amazônica e  
623 população indígena. Salientou que serão mais de 20 milhões de brasileiros atendidos pelo Programa,  
624 com impacto importante na assistência à saúde da população negra. Por fim, reforçou a necessidade  
625 de estados e municípios se engajarem nas políticas de promoção da saúde da população negra e

626 salientou que o governo tem se esforçado em deixar esse legado para as próximas gerações. Todavia,  
627 salientou que o MS não pode impor nenhuma política, apenas pactuá-las com os demais entes da  
628 federação. Conselheira **Júlia Maria Roland** interveio para registrar a presença da equipe da  
629 SGEP/MS. Conselheiro **Richarlls Martins** fez a leitura da minuta de recomendação relativa ao tema,  
630 elaborada pela CISPN/CNS, na última reunião. O texto é o seguinte: “considerando que negras e  
631 negros constituem mais da metade da população brasileira (50,7%) de acordo com o censo de 2010 da  
632 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); considerando a Política Nacional de  
633 Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2006,  
634 que tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução  
635 das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do  
636 Sistema Único de Saúde (SUS)”, cujo II Plano Operativo foi pactuado em agosto de 2013 na Comissão  
637 Intergestores Tripartite (CIT); considerando a Lei nº. 12.288/2010, também conhecida como Estatuto  
638 da Igualdade Racial, e a Portaria nº. 992/2009 que determinam a implementação da PNSIPN;  
639 considerando que, para cumprimento desta responsabilidade, a Comissão Intersetorial de Saúde da  
640 População Negra (CISPN) tem como pauta permanente a análise dos balanços parciais e anuais da  
641 implementação pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios da PNSIPN, além do debate de outras  
642 pautas correlatas, visando à qualificação das ações de modo a garantir a adequada realização dos  
643 objetivos da PNSIPN nas três esferas de gestão; considerando que, em 6 de setembro, a partir de  
644 solicitação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República-  
645 SEPPIR ocorreu audiência entre o Ministério da Saúde, SEPPIR e representantes do Comitê Técnico  
646 de Saúde da População Negra e o principal compromisso político desta audiência, assumido pelo  
647 Ministério da Saúde, foi a criação de uma instância de gestão específica para gestão da Política  
648 Nacional de Saúde Integral da População Negra, demanda histórica do movimento negro em saúde;  
649 considerando que, em 1º de novembro, a SEPPIR, em parceria com especialistas e representantes da  
650 sociedade civil membros do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, apresentou uma proposta  
651 técnica ao Ministério da Saúde de lócus, missão, atribuição, e estrutura sobre a instância de  
652 enfrentamento do racismo institucional e promoção da igualdade racial na saúde, para além de ser  
653 uma instância de gerenciamento da saúde da população negra; considerando que o Ministério da  
654 Saúde apresentou, na última reunião da CISPN/CNS, realizada nos dias 9 e 10 de dezembro, uma  
655 proposta de instância para gerenciamento da saúde da população negra e a Comissão, por  
656 unanimidade, avaliou essa proposta de gestão como insuficiente com o principal argumento de que se  
657 trata de uma estrutura extremamente limitante para enfrentar o racismo institucional e promoção da  
658 igualdade racial no SUS; e considerando que a CISPN tem como missão assessorar o Conselho  
659 Nacional de Saúde no controle social da implementação da PNSIPN. Recomenda ao Ministério da  
660 Saúde: Que seja reavaliada a proposta enviada pela SEPPIR, construída em parceria com  
661 especialistas no campo da saúde população negra e representantes dos movimentos sociais da luta  
662 antirracista na saúde, que apresenta como missão central desta instância o enfrentamento do racismo  
663 institucional e promoção da igualdade racial na saúde. Recomendamos que esta instância seja  
664 constituída com corpo técnico, estrutura e financiamento compatíveis ao compromisso político do  
665 Ministério da Saúde sua a missão institucional deste lócus de enfrentar o racismo e garantir a  
666 implementação dos princípios da PNSIPN, na afirmação do fim do racismo na saúde”. Conselheiro  
667 **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** disse que o MS acatava a minuta de recomendação e continuaria  
668 a fazer a discussão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou se havia posições contrárias à  
669 minuta de recomendação. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.**  
670 **Manifestações.** Conselheiro **José Eri de Medeiros** saudou a Mesa Diretora do CNS por pautar o  
671 tema e cumprimentou os expositores pela qualidade das explanações. Frisou que o CONASEMS é  
672 parceiro no combate ao racismo institucional e colocará em prática a Política, bem como o Plano  
673 Operativo. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou que a Política foi  
674 construída com a participação do movimento social, todavia, a dimensão da transformação ainda não  
675 foi apreendida pelo MS e pelo governo. Disse que o racismo institucional está distante de ser  
676 enfrentado pela forma como é concebido e organizado o serviço de saúde e o esforço ainda é  
677 insuficiente para garantir o direito à saúde como fundamental. Destacou que é preciso olhar o sujeito  
678 no seu contexto de vida e inverter o modelo de atenção à saúde de modo a priorizar a lógica da  
679 promoção da saúde, com valorização da vigilância e do processo educativo e formação dos  
680 profissionais. Do ponto de vista da concepção, disse que houve avanços porque foi ampliada a  
681 participação do movimento social. Por outro lado, destacou que há um limite no que se refere ao  
682 compromisso do CONASS e CONASEMS. Por fim, colocou que a proposta do CNS é, no marco dos  
683 25 anos do SUS e na construção da 15ª CNS, realizar seminário com os setores populares que  
684 debatem a agenda da equidade, na lógica da democratização da saúde a partir de novas práticas  
685 políticas e novas concepções de saúde. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** disse que o  
686 estrangulamento acerca da implementação da Política, recorrente nos estados e municípios, também  
687 ocorre no âmbito federal e salientou que as áreas do MS têm dificuldade de entender as suas  
688 responsabilidades em relação à Política. Destacou a importância de o CNS entender o significado do

689 racismo enquanto fator estruturante e estruturador de iniquidades, inclusive de saúde e, para ilustrar,  
690 lembrou que morrem mais jovens negros e mulheres negras em comparação ao restante da  
691 população. Por fim, convidou o CNS para, além de aprovar a recomendação por unanimidade, levá-la  
692 para a prática do dia a dia. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou sua satisfação com a  
693 participação de representante da FENAS no processo preparatório da CONAPIR, possibilitando maior  
694 envolvimento do segmento dos assistentes sociais com o debate da igualdade racial. Também  
695 salientou a importância da SEPPIR e frisou que o protagonismo da Secretaria faz a diferença. Por fim,  
696 salientou a importância de garantir a atenção à saúde da população negra nas emergências.  
697 Conselheira **Júlia Maria Roland** saudou os convidados pela qualidade das explanações que  
698 aprofundaram as bases teóricas, históricas e políticas do racismo que deram base à construção da  
699 Política. Frisou que essa discussão é fundamental e o acompanhamento da implementação da Política  
700 deve ser feito de forma planejada e combinado com ações voltadas ao combate do racismo  
701 institucional. Em que pese os desafios, disse que é preciso reconhecer as ações desenvolvidas pelo  
702 MS que incidem na melhoria das condições de saúde da população negra, ampliando o acesso da  
703 população ao SUS, como o Programa mais Médicos e Programa de Valorização da Atenção Básica.  
704 Concordou, entretanto, que é preciso trabalhar ações afirmativas para diminuir as diferenças com  
705 relação à saúde da população negra e branca. Lembrou que 2014 é o último ano da atual gestão e é  
706 preciso ter sabedoria para tratar a Política no todo, mas, ao mesmo tempo, priorizar ações do Plano  
707 Operativo. Além das ações prioritárias do governo, como a diminuição da mortalidade da juventude  
708 negra, destacou a necessidade de priorizar a inclusão do quesito raça/cor no sistema de informação do  
709 SUS e a diminuição da mortalidade materna na população negra. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
710 salientou que é fundamental fortalecer a pactuação na Tripartite sobre a Política de Educação Popular  
711 em Saúde, que busca trazer para dentro do SUS novas formas de dialogar com a gestão. Salientou  
712 que, ao tratar da promoção da igualdade racial, é preciso considerar a situação dos povos indígenas,  
713 tendo em vista o componente da equidade. Por fim, destacou que os movimentos sociais que atuam na  
714 promoção da igualdade racial deveriam sintonizar-se com o CNS para garantir a inserção desses  
715 movimentos com a linguagem do controle social do SUS. Após essa fala, foi aberta a palavra à  
716 coordenadora da ONG CRIOLA, **Jurema Werneck**, que, por conta do atraso na pauta, não poderia  
717 permanecer até o final do debate. Das falas, destacou a importância do trabalho conjunto SEPPIR e  
718 MS e a importância do Conselho como espaço de diálogo sobre o direito à saúde. Também entregou à  
719 mesa de coordenação uma juntada de material sobre a saúde da população negra para subsidiar os  
720 debates desse tema. Por fim, agradeceu o convite e colocou-se à disposição para outros debates.  
721 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu a presença da coordenadora da ONG Crioula e abriu  
722 a palavra aos demais inscritos. Conselheira **Rosimeire Aparecida da Silva** salientou que o conceito  
723 de racismo institucional é o que melhor expressa a dimensão de desigualdade que o quesito cor  
724 representa no país: a dimensão de vulnerabilidade que a cor comporta no Brasil. Para ilustrar essa  
725 assertiva, citou os seguintes dados: 60% da população encarcerada no Brasil é parda e negra; dos  
726 entrevistados na pesquisa da FIOCRUZ sobre consumo crack, 80% são negros; mais de 50% dos que  
727 são vítimas de mortes violentas por causas externas também são negros. Ao considerar esses dados,  
728 observa-se o quanto a Política Pública no Brasil contribui para a vulnerabilidade desse segmento e o  
729 quanto se perpetua essa forma de desigualdade que 400 anos de escravidão impôs ao país. Salientou  
730 que o CNS deve problematizar a dimensão de racismo que as diferentes políticas públicas comportam  
731 e promover discussão para rever o lema da política de drogas do país, por entender que é mais uma  
732 forma de perpetuar o racismo. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** cumprimentou a Mesa Diretora  
733 por pautar o tema e os convidados pela qualidade das explanações. Destacou que 70% da população  
734 negra depende exclusivamente do SUS e esse é um dado relevante a ser considerado na organização  
735 do sistema de atendimento e na formação dos trabalhadores da saúde. Também avaliou que a 4ª  
736 CNST será um espaço oportuno para debater o tema do racismo institucional e salientou que é  
737 importante envolver as diferentes organizações de movimentos sociais no processo de preparação da  
738 Conferência. Conselheira **Marisa Furia Silva** chamou a atenção para o número de pessoas com  
739 deficiência na população negra e solicitou que a SEPPIR, em conjunto com o CNS e CONADE, realize  
740 seminários para debater o assunto. Conselheira **Ana Maria Costa** informou que o CEBES, com o  
741 apoio da SGEP/MS, publicará dois números da "Revista Saúde em Debate", um sobre saúde da  
742 população negra e outro sobre saúde da população LGBT. Salientou que um dos grandes avanços do  
743 governo Lula e Dilma foi a construção de um conjunto de políticas para a promoção da equidade,  
744 todavia, avaliou que o MS precisa compreender o sentido dessas políticas. Nessa linha, ressaltou que  
745 a Política de Saúde da População Negra precisa alcançar todas as áreas do MS e é necessário  
746 construir planos que abarquem todos os planos de gestão. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
747 Presidente do CNS, solicitou que CEBES e ABRASCO escrevam sobre população do campo e  
748 floresta. Conselheiro **Richarlls Martins** fez a leitura da proposta de resolução, elaborada pela  
749 CISPN/CNS: "considerando que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)  
750 foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2006; considerando a Lei nº. 12.288/2010 e a  
751 Portaria nº. 992/2009 que determinam a implementação da PNSIPN; considerando que o Dia de

752 Mobilização Nacional pró-saúde da População Negra é marcado no 27 de outubro; considerando a Lei  
753 nº. 12.519/2011, dia 20 de novembro, que institui o Dia da Consciência Negra como data de reflexão  
754 sobre questões raciais no Brasil; considerando que o Pleno deste Conselho aprovou, mas não  
755 oficializou, que no mês de novembro a saúde da população negra seja incluída na pauta da reunião  
756 ordinária do CNS; e considerando que a CISPN tem como missão assessorar o Conselho Nacional de  
757 Saúde no controle social da implementação da PNSIPN. Resolve: Que em todo mês de novembro a  
758 saúde da população negra seja ponto de pauta das reuniões ordinárias do Conselho Nacional de  
759 Saúde." Conselheiro **Wilson Valério da Rosa Lopes** salientou que é preciso definir uma política para  
760 a base social, que é formada pela maioria de negros, e, nessa linha, manifestou apoia a  
761 recomendação e a minuta de resolução. Conselheiro **Jorge Marubo** manifestou satisfação com a fala  
762 da ex-conselheira Jurema Werneck e lamentou que a população negra e os povos indígenas ainda  
763 sofram com o racismo. Salientou que o combate ao racismo deve ser uma pauta permanente do CNS  
764 e ressaltou que os povos indígenas são solidários à luta do movimento negro. Conselheiro **Ronald**  
765 **Ferreira dos Santos** ressaltou a importância da Política e lamentou que ressurja no país um conjunto  
766 de valores perversos - de preconceito, da eugenia – para o processo civilizatório. Destacou que esse  
767 debate é uma oportunidade de refletir sobre o atual estágio do processo civilizatório e como as  
768 diversas forças que desejam manter o *status quo* se posicionam. Também disse que é preciso refletir  
769 permanentemente sobre os debates que podem permitir o avanço ou não da sociedade. Conselheiro  
770 **Carlos Alberto Duarte** fez um cumprimento especial aos integrantes da mesa e avaliou que é preciso  
771 pautar debater sobre os pactos federativos na área da saúde e o impacto no acesso à saúde.  
772 Ressaltou, inclusive, que o Pacto deve assegurar que todos tenham acesso ao SUS, independente do  
773 local. No mais, avaliou que se vive uma apartheid no Brasil e não há entendimento de que é função do  
774 Estado reverter essa situação. Ressaltou que muito não tem sido feito no país e, muitas vezes, é  
775 necessário recorrer a instâncias internacionais para assegurar direitos. Conselheira **Eliane Aparecida**  
776 **da Cruz** salientou que debates como esse são importantes, inclusive para identificar possíveis  
777 divergências e definir formas para encaminhar questões de processo. Nessa linha, reconheceu que a  
778 as demandas/reivindicações apresentadas eram justas. Informou, inclusive, que o MS recebeu  
779 processo sobre a Política de Saúde da População Negra e o caso Aline Pimentel e respondeu ao  
780 questionamento, todavia, o caso foi arquivado pela PGR. Avaliou que o CNS é o espaço para  
781 aprofundar o debate desse tema e que é preciso pautar o tema quantas vezes for preciso para  
782 encontrar saídas e encaminhamentos. **Retorno da mesa.** Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus**,  
783 coordenadora da CISPN/CNS, explicou que a intenção é dar visibilidade ao tema e assegurar a  
784 continuidade dos debates, não se resumindo apenas ao mês de novembro. Salientou que ao tratar das  
785 diversas questões relativas à saúde, como financiamento, é preciso discutir as políticas de equidade.  
786 Ressaltou que a intenção é assegurar que a sociedade se aproprie da Política e a inclua no seu plano  
787 de ação. A secretária de SPAAP/SEPPIR, **Ângela Nascimento**, manifestou satisfação com essa pauta  
788 porque possibilita demonstrar o avanço que a Política de Saúde da População Negra pode trazer para  
789 o campo democrático e para melhoria das condições de saúde da população brasileira. Nesse sentido,  
790 disse que a proposta da SEPPIR, em diálogo com o MS, vai ao encontro da lógica do SUS, pois, ao  
791 reconhecer o racismo como fenômeno social, induz a definição de ações estratégicas e indução do  
792 campo do conhecimento. Disse enfrentar o racismo não significa reascender ou racializar o país, mas  
793 sim reconhecer as omissões que esse fenômeno ajudou a construir. Agradeceu as intervenções e  
794 salientou que é importante aprofundar o debate, contemplando outras nuances para dentro das  
795 políticas e no âmbito do CNS. Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, Secretário da  
796 SGEP/MS, chamou a atenção para a riqueza do debate e ressaltou que, ao discutir, constrói-se uma  
797 nova sociedade brasileira, com construção de nova identidade, desconstruindo aquela identidade racial  
798 construída desde a colonização do país. Também concordou que é fundamental aprofundar o debate  
799 no CNS sobre o SUS e as relações interfederativas, lembrando que não há hierarquia entre os Entes  
800 federados, daí a importância da pactuação e da construção de consenso. Também informou que, no  
801 Rio Grande do Sul, foi firmada parceria com o GHC e as universidades para definição de um centro  
802 nacional de referência da saúde da população, com a finalidade de construção de conhecimento.  
803 Sugeriu, ainda, espaço na pauta da próxima reunião do CNS para o lançamento das Revistas do  
804 CEBES sobre Saúde da População Negra e Saúde da População LGBT. Também propôs lançar na  
805 EXPOGEP um edital para elaboração de revista do CEBES sobre saúde da população do campo e da  
806 floresta. Informou ainda que será realizada visita técnica no SAMU de São Paulo por conta da  
807 denúncia de negativa de atendimento da população em situação de rua. Por fim, sugeriu que no mês  
808 de novembro fosse reservado espaço na pauta para que SEPPIR e MS prestem contas sobre a  
809 Política da População Negra. A secretária de SPAAP/SEPPIR, **Ângela Nascimento**, informou que na III  
810 CONAPP/IR foi lançado o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Social – SINAPIR que será  
811 importante para o fortalecimento das instâncias de Promoção da Igualdade Racial e para a  
812 implementação da Política da Saúde da População Negra nos Estados e Municípios. Conselheiro  
813 **Nelcy Ferreira da Silva** fez um destaque aos avanços alcançados, mas chamou a atenção para o  
814 compromisso de apropriar-se da causa, além da aprovação da recomendação, incluindo o tema no

815 mês de novembro. A seguir, colocou em apreciação a minuta de recomendação, elaborada pela  
816 CISPN/CNS. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação definindo que, em todo**  
817 **mês de novembro a saúde da população negra seja ponto de pauta das reuniões ordinárias do**  
818 **CNS.** Conselheiro **Luiz Odorico Monteiro de Andrade** lembrou que um dos componentes da Política  
819 de Saúde da População Negra é a saúde dos terreiros, segundo o entendimento de que se trata de um  
820 espaço importante de saúde, sendo necessário discutir a sua integração. Definido esse ponto, a mesa  
821 redefiniu a pauta, com adiamento do item 5 – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos –  
822 CIRH/CNS para o segundo dia de reunião. **ITEM 4 – POLÍTICA DE SAÚDE PARA RENAIOS**  
823 **CRÔNICOS: BALANÇO E PERSPECTIVAS** - Apresentação: **Helvécio Miranda Magalhães Junior**,  
824 Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS; **José Eduardo Fogolin**, Coordenador Geral de Média e  
825 Alta Complexidade/MS; e conselheira **Rosangela da Silva Santos**, da Federação das Associações de  
826 Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA. Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes**, da  
827 Mesa Diretora do CNS. O Secretário **Helvécio Miranda Magalhães Júnior** saudou os integrantes da  
828 mesa e demais presentes e informou que, por conta da mudança na pauta da reunião, não poderia  
829 permanecer até o final do debate por conta de agenda externa. Explicou que ouviria a explanação da  
830 conselheira Rosangela Santos e coordenadores permaneceriam para expor sobre o tema e participar  
831 do debate. A primeira expositora foi a conselheira **Rosangela da Silva Santos** que iniciou a sua  
832 explanação com um vídeo gráfico que mostra o funcionamento do sistema urinário. Explicou que os  
833 rins exercem uma função vital, na medida em que são responsáveis pela eliminação de toxinas e pela  
834 regulação do volume de líquidos e filtragem do sangue (cerca de 20% do volume de sangue bombeado  
835 pelo coração por minuto, o equivalente, para um indivíduo adulto, a 180 litros por dia) e também  
836 responsáveis por funções hormonais e metabólicas essenciais ao organismo humano. Destacou que,  
837 no momento em que, por uma razão qualquer, a função renal cai abaixo de 10%, o indivíduo é indicado  
838 para o tratamento de diálise, que busca substituir a função renal normal exercida pelos rins. No  
839 contexto geral, disse que são funções dos rins: filtrar o sangue; regular a pressão arterial; e excretar as  
840 toxinas oriundas do metabolismo: **ureia e creatinina**; produção de hormônios importantes como  
841 eritropoietina (estimula produção de hemácias), aldesterona (eleva a pressão arterial), cininas e  
842 prostaglandinas; eliminação de substâncias exógenas como fármacos; manter o equilíbrio de eletrólitos  
843 no organismo (sódio, cálcio, potássio, magnésio, fósforo, bicarbonato, cloro e outros); regular o  
844 equilíbrio ácido-básico, mantendo o PH sanguíneo constante; regular a osmolaridade e o volume de  
845 líquido corporal, retirando do corpo o excesso de líquido; e produzir urina para desempenhar suas  
846 funções de excreção. Disse que, segundo Júnior (2004, p.1), a Doença Renal Crônica (DRC) consiste  
847 em uma lesão renal, com perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e  
848 endócrina). Na sua fase mais avançada, denominada fase terminal de Insuficiência Renal Crônica  
849 (IRC), os rins não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente, e, entre as principais  
850 causas da IRC, estão a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Acrescentou que doença renal  
851 crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função  
852 renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso  
853 prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Salientou que  
854 muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por  
855 esses motivos, é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver  
856 a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico,  
857 definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função  
858 renal. Detalhou que os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são: a) pessoas com diabetes (quer  
859 seja do tipo 1 ou do tipo 2): o diagnóstico do diabetes deve ser realizado de acordo com o nível sérico  
860 da glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de  
861 glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de sintomas clássicos, como poliúria,  
862 polidipsia ou polifagia; b) pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de  
863 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas; c) Idosos; d) Portadores de  
864 obesidade (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>); e) histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana,  
865 acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca); f) histórico de DRC na  
866 família; g) tabagismo; e h) uso de agentes nefrotóxicos. Explicou que são sintomas da DRC: fadiga,  
867 cansaço fácil, espasmos musculares e câimbras, anemia, retenção de líquidos no corpo, redução do  
868 volume de urina, falta de ar, inchaço, hipertensão, falta de apetite, náusea, vômitos, coma e confusão  
869 mental. Disse que a IRC consiste em uma diminuição lenta e progressiva da função renal devido ao  
870 acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue. Esse tipo de lesão nos rins pode ser  
871 causado, por sua vez, por muitas outras doenças, que causam danos irreversíveis ao órgão. Salientou  
872 que na IRC os sintomas manifestam-se lentamente, contudo, no estágio inicial, os efeitos sobre o  
873 estado geral de saúde são assintomáticos. Quando a doença atinge um estado avançado surgem  
874 úlceras e sangramento intestinal e o paciente apresenta uma coloração amarelo-acastanhada. Frisou  
875 que a IRC é uma doença fatal, a menos que o paciente seja submetido a tratamento de terapia renal  
876 substitutiva (TRS) ou a transplante de rim. O tratamento dialítico visa substituir, parcial ou totalmente, a  
877 função renal e, ao mesmo tempo, corrigir o metabolismo do indivíduo, que se encontra alterado devido

878 ao mau funcionamento desse órgão. Explicou que o tratamento através da diálise tem duas finalidades  
879 principais: dar sobrevida ao paciente e possibilitar uma melhoria na qualidade de vida. Ressaltou que,  
880 quando por alguma razão essa estrutura é alterada, os rins passam a funcionar de forma precária  
881 surgindo à insuficiência renal que pode ser passageira ou crônica. Nesse último caso, o processo de  
882 filtração fica tão comprometido que precisa ser substituído artificialmente pela Diálise Peritoneal ou  
883 Hemodiálise. Salientou, inclusive, que a hemodiálise é hoje uma realidade na medicina veterinária e  
884 destina-se a tratar animais que apresentam insuficiência renal aguda, crônica e crônica agudizada.  
885 Destacou que são desafios enfrentados pelas pessoas com IRC: medo; exclusão; angústia; sofrimento;  
886 tensão; preconceito; dependência; e incertezas em relação ao futuro. Ainda em relação aos desafios,  
887 explicou que ter uma doença crônica se caracteriza como um grande desafio, por envolver mudanças  
888 de hábitos de vida que estão relacionadas à dieta e atividades físicas, uso contínuo de medicações e a  
889 dependência de pessoas e aparelhos para adaptar-se a um novo modo de viver. Diante disso, a  
890 doença crônica, que aqui é vista como uma intercorrência estressora, possui um impacto que pode  
891 surgir a qualquer tempo e permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de  
892 grupos. Detalhou que o dependente de hemodiálise vivência uma repentina mudança no seu cotidiano  
893 e o modo pelo qual enfrentará a situação que é particular, porém de grande relevância para a  
894 assistência de enfermagem que prima pela totalidade do indivíduo. Para tanto, é necessário estimular  
895 sua capacidade, para se adaptar de maneira positiva ao novo estilo de vida e assumir o controle do  
896 seu tratamento, abordando saúde e doença não como elementos opostos, mas como parte de um  
897 processo único. Destacou que as pessoas com DRC devem ser acompanhados por uma equipe  
898 multiprofissional, nas Unidades Básicas de Saúde e nos casos que requer nas unidades de atenção  
899 especializada em doença renal crônica, para orientações e educação sobre exercícios físicos e  
900 abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; aconselhamento e suporte sobre  
901 mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos;  
902 programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o autocuidado; e orientações sobre as  
903 modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros. No que se  
904 refere à nutrição, falou da suspensão da oferta de alimentação aos pacientes que realizam hemodiálise  
905 nas clínicas, explicando que a alimentação é fundamental nesses casos porque os pacientes  
906 permanecem muitas horas no estabelecimento para realizar o procedimento. Também falou sobre a  
907 história da diálise, destacando, entre outros aspectos, que a tentativa de realizar o processo iniciou-se  
908 em 1830 e, em 1983, nos EUA, John Abel idealizou e utilizou nos cães sem rins, o primeiro "rim  
909 artificial". O equipamento possuía composição de uma série de tubos de celulose mergulhados em  
910 soro fisiológico que era por onde circulava o sangue dos cães. Detalhou que o prof. Willem J. Kolff  
911 idealizou uma máquina que utilizava cerca de quarenta metros de tubos de membrana de acetato de  
912 celulose enrolada em um tambor rotatório, o qual se mantinha mergulhado em uma bacia contendo a  
913 solução de diálise. Uma bureta coletava o sangue do paciente (não havia bomba de sangue), e pela  
914 ação da gravidade o impulsionava através da membrana dialisadora. O sangue, depois de purificado,  
915 retornava ao corpo do paciente. Salientou que, em 1940, durante a segunda guerra mundial (1940), o  
916 Holandês Willem J. Kolff (considerado por alguns o "pai da hemodiálise") fez um "rim artificial" que  
917 consistia em um tubo de 40 metros de celofane que enrolado em um cilindro que rodeava um tanque  
918 que continha uma solução. O sangue do doente circulava dentro do tubo. Em meados dos anos 50, a  
919 hemodiálise ainda era considerada experimental, realizada em poucos hospitais e com resultados  
920 duvidosos. Salientou, inclusive, que muitos problemas iniciais subsistiam: o celofane era mais  
921 resistente do que o celulose, ainda era frágil e praticamente nada se conhecia das suas características  
922 dialíticas; a heparina não se podia utilizar à vontade; recentemente o plástico tinha sido introduzido,  
923 certas estruturas eram de borracha (metal ou vidro), certas peças eram utilizadas várias vezes, pois  
924 não havia a industrialização e a esterilização precária. Em 1966, outro grande passo foi dado, Cinino e  
925 Brescia criaram cirurgicamente a fistula arterio-venosa interna. Mostrou uma ilustração para  
926 demonstrar como funciona a hemodiálise: o paciente é ligado à máquina que puxa seu sangue através  
927 de uma bomba circuladora. Esse sangue passa por um filtro que possui uma membrana  
928 semipermeável, que retira as toxinas e as substâncias em excesso, e devolve o sangue limpo para o  
929 paciente. Existe infusão de heparina para evitar que o sangue coagule dentro do sistema. Mostrou um  
930 esquema de circuito de hemodiálise, explicando que no centro fica o sangue cheio de toxinas e em  
931 volta o líquido da diálise (chamado de banho de diálise), sem nenhuma toxina. As substâncias ficam  
932 separadas por uma membrana porosa que permite a troca de moléculas. O sangue rico em toxinas,  
933 através da membrana do filtro, passa essas substâncias para o banho de diálise que não contém  
934 toxina nenhuma. Salientou que, do mesmo modo que o excesso de algumas substâncias são filtradas,  
935 o excesso de água acumulado pela falta de urina também é retirado durante uma sessão de  
936 hemodiálise. Em geral, de 1 a 4 litros por sessão. Explicou, inclusive, que uma sessão de hemodiálise  
937 convencional para pacientes renais crônicos dura 4 horas. Este é o tempo necessário para a filtragem  
938 da maioria das moléculas desejadas e de uma ultrafiltração que não provoque queda da pressão  
939 arterial. Em geral, são realizadas três sessões por semana. Na insuficiência renal aguda, que acontece  
940 em pessoas com rins previamente normais que são atacados por algum evento, como um sepse ou

941 intoxicação, as sessões de diálise são mais intensas, podendo durar horas e serem diárias.  
942 Normalmente são doentes muito graves e internados em CTI. Explicou ainda que um dos  
943 inconvenientes da hemodiálise é a necessidade de se puncionar um vaso para puxar e outro para  
944 devolver o sangue. A simples punção de uma veia comum não funciona por dois motivos: o primeiro é  
945 o baixo fluxo e pressão de sangue das veias periféricas; o segundo é porque as veias  
946 superficiais apresentam paredes mais frágeis e depois de várias punções repetidas ficariam  
947 inutilizáveis. Ressaltou que o problema da fistula é que necessita de pelo menos um mês para se  
948 tornar apta à punção pelas grossas agulhas da hemodiálise. Detalhou os tipos de fistulas: clássica  
949 (anastomose artéria radial - veia cefálica); região fossa ante-cubital (anastomose artéria radial - veia  
950 mediana do cotovelo); região proximal do braço (anastomose artéria braquial - veia cefálica proximal);  
951 femoral (anastomose artéria femoral - veia safena). Apresentou imagens demonstrando complicações  
952 com Fistula Arterio-Venosa (FAV); utilização do cateter venoso central para hemodiálise (CVC), sala de  
953 hemodiálise, máquinas e materiais para hemodiálise; Diálise Peritoneal; e hiperparatireoidismo  
954 secundário - HPTS (doença crônica renal é caracterizado por elevados níveis séricos do paratormônio  
955 (PTH), hiperplasia das glândulas paratireóides e uma doença óssea de alto remanejamento). Explicou  
956 que as imagens visaram demonstrar o sofrimento das pessoas com DRC que realizam hemodiálise.  
957 Ressaltou que as implicações econômicas da doença renal crônica (DRC) também são importantes,  
958 pois irá influenciar, de modo marcante e decisivo, o comportamento dos agentes econômicos no  
959 mercado de trabalho, estando associada à redução nas horas trabalhadas, a menores taxas de salário,  
960 à aposentadoria precoce, à saída antecipada do mercado de trabalho e programas de transferência de  
961 renda. Além disso, o efeito da DRC afeta não somente o indivíduo, mas também a sua família. Disse  
962 que estudos sobre o impacto da presença de doença renal crônica sobre o rendimento dos indivíduos  
963 mostraram que o impacto é mais importante nas faixas de rendimento mais baixas, ou seja, os efeitos  
964 são mais fortes sobre os mais pobres. Explicou que, a exemplo de Cingapura, para reduzir a  
965 incidência da DRC no seu estágio final, o governo adotou um programa que visava prevenir o  
966 surgimento de diabetes, tal como o de realizar exames a fim de detectar com antecedência pacientes  
967 com a doença. Enfocou as perdas de rendimentos individuais devido à doença renal crônica,  
968 destacando que ações de atenção básica à saúde, principalmente através de médicos clínicos gerais,  
969 poderiam realizar o diagnóstico precoce (uma vez que, entre as principais causas da DRC estão a  
970 hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*) e fazer o encaminhamento aos nefrologistas, para que esse  
971 profissional tome as medidas adequadas para retardar a progressão da doença, previna suas  
972 complicações e realize um preparo para uma terapia de substituição renal. Acrescentou que medidas  
973 que visem prevenção ou retardamento da DRC podem contribuir para a redução de desigualdade de  
974 rendimento e possibilitar a existência de uma população mais saudável e com maior participação no  
975 mercado de trabalho, principalmente entre os indivíduos com menor nível de renda. No mais, disse que  
976 entender o funcionamento do mercado de trabalho e as barreiras que são criadas ao emprego e às  
977 horas trabalhadas para os indivíduos que possuem este tipo de doença pode contribuir para que  
978 formuladores de políticas públicas implementem ações concretas e focadas que facilitem o emprego  
979 desses indivíduos, seja através de considerações fiscais, subsídios, transferências diretas de renda,  
980 seja através de programas de reabilitação vocacional dirigida que reduzam as barreiras para a  
981 participação deles no mercado de trabalho. No mais, frisou que outras ações são necessárias como  
982 realizar exames a fim de detectar com antecedência pacientes com diabetes; controlar a diabete,  
983 aumentar a percentagem de pacientes do à DRC no seu estágio final com um tratamento através da  
984 diálise peritoneal (pois esta apresenta um menor custo comparada com a hemodiálise) e de alterações  
985 legais que visem aumentar a oferta de órgãos para transplantes. Finalizando a sua apresentação  
986 salientando que a motivação é **como uma pequena** semente que quando plantada em nossos interior  
987 um dia germinará no futuro produzir frutos fartos e doces. O Secretário da SAS/MS, **Helvécio**  
988 **Miranda Magalhães Junior**, disse que o MS propôs uma Política de Saúde Renal Integral,  
989 contemplando prevenção, diagnóstico precoce e cuidado multiprofissional, com estímulo ao cuidado  
990 qualificado na fase pré-dialítica. Destacou que a intenção é reverter a situação de diagnóstico nas  
991 emergências e utilizar a capacidade da atenção básica que conta com 33 mil equipes de Saúde da  
992 Família. Explicou que a Política está em debate e comprometeu-se a considerar as sugestões que  
993 emergissem do debate. Reconheceu que a situação das clínicas está longe de ser a ideal e a intenção  
994 é, a partir da mudança dos normativos do MS e da nova resolução da ANVISA, modificar essa  
995 situação. Salientou que essas iniciativas são passos importantes para avançar no cuidado qualificado e  
996 humanizado no âmbito do SUS. Por fim, convidou o Coordenador Geral de Média e Alta  
997 Complexidade, **José Eduardo Fogolin**, para expor sobre o tema. Conselheira **Maria do Socorro de**  
998 **Souza**, Presidente do CNS, desculpou-se pelo atraso na pauta e agradeceu a presença do Secretário.  
999 O Coordenador **José Eduardo Fogolin** fez uma explanação sobre a Doença Renal Crônica – DRC -  
1000 balanço e perspectivas. Iniciou explicando que, em 2013, foi definida uma linha de cuidado e essa  
1001 diretriz, que foi para a consulta pública, trouxe, entre outras questões, o papel de toda a linha de  
1002 cuidado de todos os pontos de atenção nos seus diversos níveis. Salientou, inclusive, que 94% do  
1003 orçamento desse cuidado é destinado à terapia renal substitutiva, precisamente na hemodiálise.

1004 Explicou que a doença renal crônica - DRC é caracterizada pela perda progressiva da função renal e é  
1005 definida quando a taxa de filtração glomerular - TFG é menor que 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> por pelo menos três  
1006 meses consecutivos ou quando há dano renal parenquimatoso ou alteração em qualquer exame de  
1007 imagem dos rins e vias urinárias. Disse que as principais causas de DRC nos pacientes em TRS são  
1008 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus e os principais desfechos nos pacientes com DRC  
1009 são mortalidade, progressão para terapia renal substitutiva – TRS e doença cardiovascular. Falou  
1010 sobre a classificação da DRC segundo a taxa de filtração glomerular - TFG, destacando que a partir de  
1011 agora, junto com o exame da creatinina, será feito resultado da TFG. Disse que a pessoa com doença  
1012 renal crônica até o estágio 3b tem condições de fazer o acompanhamento exclusivamente pela  
1013 atenção básica e nos estágios 4 e 5 é feito na atenção especializada. Falou sobre a evolução da DRC,  
1014 explicando que a doença causa perda progressiva e irreversível da função renal levando à Doença  
1015 Renal Crônica Terminal (DRCT) e Terapia Renal Substitutiva (TRS). Explicou que a TRS se dá pela  
1016 hemodiálise ou diálise peritoneal e hoje no SUS o cuidado se dá pela terapia hemodialítica. Detalhou  
1017 que 98 mil pessoas realizam diálise, na maioria hemodiálise e para cada paciente há seis pacientes em  
1018 estágio 4 e 5 pré-dialítico. Por essa razão, é preciso mudar a estratégia de cuidado para atender essa  
1019 parte da população que evoluiria para a diálise. No contexto atual da DRC, explicou que as legislações  
1020 vigentes são a RDC ANVISA nº 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece o regulamento técnico  
1021 para o serviço de diálise e a Portaria SAS/MS nº 432, de 06 de junho de 2006, que organiza e implanta  
1022 as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na alta complexidade. Detalhou que toda a atenção  
1023 está voltada para TRS (praticamente só hemodiálise), há desarticulação dos serviços de diálise com o  
1024 restante da rede assistencial e desconhecimento do problema. Salientou que a porta de entrada é a  
1025 emergência hospitalar (70%), com alta prevalência dos fatores de risco para DRC, desfechos no  
1026 paciente com DRC antes da TRS e início da TRS em situação desfavorável. Salientou que, diferente  
1027 do que aponta a literatura, apenas 7% em média em todo o SUS se faz o cuidado em diálise  
1028 peritoneal. Explicou que, até novembro de 2013, são 691 serviços habilitados em terapia renal  
1029 substitutiva e grande parte desse quantitativo refere-se a clínicas de diálise distantes da discussão de  
1030 uma rede de atenção à saúde. Explicou que as propostas de mudanças nessa estratégia inicial visa  
1031 prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral,  
1032 resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado através da organização e  
1033 desenvolvimento de uma linha de cuidado da DRC. Desse modo, o cuidado integral à pessoa com  
1034 DRC seria contemplado em uma rede temática. Ainda em relação ao cuidado integral, destacou três  
1035 pontos essenciais: Diretriz Clínica da DR (firmado convênio com universidades para capacitação e  
1036 educação permanente para profissionais da atenção básica e especialização aos profissionais da  
1037 atenção especializada para as diretrizes); revisão da Portaria nº. 432/06; e revisão da RDC da ANVISA  
1038 nº. 154/04. Detalhou que o objetivo das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no  
1039 Sistema Único de Saúde é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da  
1040 pessoa com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção,  
1041 diagnóstico e o seu manejo clínico. Disse que a iniciativa é fruto da parceria entre o Ministério da  
1042 Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a Sociedade Brasileira de Nefrologia -  
1043 SBN, a Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia – SOBEN e a Associação Brasileira de  
1044 Centros de Diálise e Transplantes – ABCDT. Salientou que essa estratégia de linha de cuidado traz a  
1045 responsabilização e o financiamento na lógica do matriciamento. Além disso, destacou que a revisão  
1046 da Portaria 432 garantirá a inserção das pessoas com DRC na rede de atenção à saúde as pessoas  
1047 com doenças crônicas; a capacitação das equipes de Atenção Básica (UFMA-UNASUS e apoio aos  
1048 núcleos de telessaúde da Atenção Básica); estratificação de risco (taxa de filtração glomerular);  
1049 diagnóstico precoce da DRC; incentiva o acompanhamento na atenção especializada ambulatorial;  
1050 acompanhamento multiprofissional pré-diálise; inserção dos serviços de diálise na rede de atenção  
1051 com acompanhamento multiprofissional pré-diálise e matricular as UBS. Ressaltou que a proposta traz  
1052 três tipologias de atendimento: I- Unidade Especializada em Doença Renal Crônica (Ambulatório):  
1053 novo ponto de atenção, atendimento de média complexidade e ofertar acompanhamento  
1054 multiprofissional de pacientes com DRC estágio 4 e 5 (pré-diálise) e matricular as equipes das unidades  
1055 básicas; II- Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia)  
1056 (modalidade atualmente existente): atendimento de alta complexidade e ofertar pelo menos uma  
1057 modalidade de diálise; e III- Unidade de atenção especializada ambulatorial às pessoas com Doença  
1058 Renal Crônica: novo ponto de atenção, atendimento de média complexidade e alta complexidade,  
1059 ofertará acompanhamento multiprofissional de pacientes com DRC estágio 4 e 5 (pré-diálise) e  
1060 matricular as equipes das unidades básicas e ofertar pelo menos uma modalidade de diálise. Detalhou,  
1061 ainda, que na revisão da Portaria foram definidos pacotes com consultas por equipe multiprofissional e  
1062 exames, conforme definido na Diretriz Clínica. Explicou que o MS repassará um incentivo financeiro ao  
1063 gestor local para o acompanhamento das pessoas com DRC (DRC estágio 4 e 5 pré-diálise) e o  
1064 serviço de diálise que ofertar o acompanhamento multiprofissional e matrículamento das unidades  
1065 receberão um incremento financeiro na sessão de diálise (HD e DP), podendo chegar até 12,08% no  
1066 valor da sessão de hemodiálise e diálise peritoneal. Além disso, informou que o MS publicou a Portaria

1067 SAS/MS 1.331, de 27 de novembro de 2013, alterando os valores de remuneração: todos os  
1068 procedimentos relacionados ao acesso vascular para diálise (mais de 100%); procedimento de diálise  
1069 peritoneal (112%); criação de um procedimento de HD específico para crianças menores de 12 anos,  
1070 devido às especificidades do processo de hemodiálise nessa faixa etária, como, por exemplo, a  
1071 necessidade de uma maior relação de médico/paciente, com a permissão da informação de 04  
1072 sessões por semana. Finalizando, disse que os próximos passos são: pactuação da Portaria com a  
1073 linha de cuidado da DRC na rede de atenção as pessoas com doenças crônicas - CIT em 12 de  
1074 dezembro de 2013; publicação em conjunto com a ANVISA - Portaria da linha de cuidado, diretriz  
1075 clínica do cuidado da pessoa com DRC e nova RDC/ANVISA; início do curso de capacitação e  
1076 especialização em doenças renais crônicas para profissionais da atenção básica e especializada -  
1077 UFMA/UNASUS; realização de oficinas regionais com os gestores de saúde - previsão para  
1078 março/abril de 2014; construção em conjunto com o CNS e as Associações de Doentes Renais de uma  
1079 cartilha de orientação para os usuários; e pesquisa de satisfação - Carta SUS. Fechou salientando que  
1080 essa iniciativa é o primeiro passo para mudança do panorama atual do cuidado à pessoa com doença  
1081 renal crônica. Em seguida, a mesa abriu a palavra para manifestações de representantes de pacientes  
1082 com doença renal crônica. **João Adilberto**, Presidente da Associação de Renais Crônicos de  
1083 Aparecida de Goiás e Goiânia - Ascar, explicou que a Associação possui 450 renais crônicos inscritos  
1084 e, desse total, apenas 250 são atendidos. Explicou que a Associação enfrenta dificuldades para  
1085 funcionar e solicitou que a Secretaria de Saúde contribua com as associações que garantem apoio aos  
1086 pacientes renais. **Mário Eduardo Passos Martins**, Associação dos Renais Crônicos e Transplantados  
1087 de MG, explicou que Belo Horizonte dispõe de 12 clínicas privadas que são responsáveis por atender  
1088 os pacientes do SUS. Disse que a situação dos pacientes é crítica e solicitou que o MS investigue  
1089 possíveis irregularidades (pacientes assinam a fatura sem preenchimento). Por fim, informou que a  
1090 Associação deseja desenvolver trabalho de prevenção, tratamento e captação de órgãos para doação.  
1091 **José Wilton**, Presidente da Associação dos renais crônicos de Alagoas, disse que falta políticas mais  
1092 transparentes e universais para os pacientes renais crônicos. Disse que é necessário o apoio do CNS  
1093 e a conscientização do Ministério da Saúde a fim de buscar as bases para elaborar uma política para  
1094 esse segmento da população. Solicitou também que o MS reveja a política contemplando prevenção,  
1095 tratamento e transplante, se necessário e que assuma a campanha do dia mundial do rim – no mês de  
1096 março. Ademais, ressaltou a necessidade de o MS realizar campanha sólida de esclarecimento  
1097 especialmente sobre a prevenção da doença renal e a importância de criar rede de nefrologia no  
1098 âmbito da rede de doenças crônicas não transmissíveis, ouvindo as bases, além de fomentar a criação  
1099 de câmaras técnicas de nefrologia nos estados e assegurar a inclusão de representantes das pessoas  
1100 com doença renal na câmara técnica nacional e na câmara técnica nacional de transplante. Por fim,  
1101 solicitou um espaço na pauta do mês de março de 2014, em alusão ao dia mundial da prevenção da  
1102 doença renal, para debater os avanços e desafios da Política a Pessoa com DRC. **Marcos Erlan dos**  
1103 **Santos**, Associação dos Renais Crônicos de Uberlândia, paciente de hemodiálise há 13 anos, disse  
1104 que é preciso uniformizar as políticas de atenção ao paciente renal crônico e, citou, por exemplo, a  
1105 necessidade de garantir a gratuidade para o transporte das pessoas que fazem hemodiálise em todo o  
1106 país. Também disse que os renais crônicos não conseguem trabalhar, por conta das limitações e  
1107 também não são considerados deficientes físicos. Por fim, reivindicou uma política universal a ser  
1108 seguida por estados e municípios. **Luiz Francisco Belém Costa**, Associação de Renais Crônicos do  
1109 AM – ARCAM e CES/AM, disse que falta sintonia entre as políticas de atenção voltadas aos renais  
1110 crônicos e reforçou a solicitação de uma política única para os renais crônicos a ser seguida pelos  
1111 estados e municípios. Também relatou que o Estado do Amazonas priorizou os serviços privados em  
1112 detrimento do público, o que levou a uma situação de caos. Disse que no Estado 60 pacientes renais  
1113 realizam diálise uma vez por semana, em pronto socorro, por conta da falta de clínicas de hemodiálise.  
1114 Por outro lado, as clínicas não cumprem a RDC 154, oferecendo tratamento sem qualidade. Por fim,  
1115 solicitou o fim da reutilização do filtro para hemodiálise no país, por entender que melhoraria o  
1116 procedimento. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** registrou que, além desses representantes,  
1117 estavam presentes Sebastião Filho, da Associação de Renais Crônicos de Viçosa/MG e conselheira  
1118 Rosangela da silva Santos, da Associação de Renais Crônicos do Rio de Janeiro. A seguir, abriu a  
1119 palavra aos inscritos. **Manifestações**. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** saudou os representantes  
1120 do movimento e avaliou que é preciso definir prioridades a serem trabalhadas, tendo em vista o volume  
1121 de problemas. Conselheira **Júlia Maria Roland** saudou os expositores pela explanação e avaliou que  
1122 é fundamental a iniciativa do MS de implementar uma linha de cuidado para os pacientes renais  
1123 crônicos. Salientou que a situação do paciente renal crônico é difícil, especialmente para aqueles que  
1124 fazem hemodiálise três vezes por semana e, nessa linha, avaliou que a prioridade deve ser a ação de  
1125 prevenção da DRC, com acompanhamento das doenças que levam à insuficiência renal crônica e  
1126 incentivo ao tratamento domiciliar. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** solidarizou-se com o  
1127 movimento e reiterou a necessidade de levar o tema para a atenção básica, a fim de evitar crescimento  
1128 exponencial da população com doença renal crônica. Perguntou quais as ações previstas para as  
1129 pessoas com DRC que dependem de hemodiálise para sobreviver. Falou sobre as clínicas privadas

contratadas para prestar o serviço de hemodiálise e salientou que, visando economizar e aumentar os lucros, contratam pessoas não qualificadas para o cuidado ao paciente. Por fim, perguntou que indicadores de qualidade são considerados no credenciamento das clínicas privadas de hemodiálise para prestação de serviços ao SUS. Conselheira **Sandra Regis** cumprimentou a conselheira Rosangela Santos pela qualidade da explanação e manifestou apoio à luta das pessoas com doença renal crônica. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** manifestou preocupação com a condição em que vive os pacientes com DRC e frisou a necessidade de capacitar os profissionais da atenção básica e especializada em doenças renais crônicas, além de assegurar equipe multiprofissional para atender os pacientes e garantir transporte gratuito aos pacientes. Conselheira **Marisa Furia Silva** relatou caso de mortes na família por conta da DRC e avaliou que é inadmissível a reutilização de filtros para a hemodiálise por conta dos riscos aos pacientes. Disse que é preciso assegurar a transição para a nova proposta, sem esquecer as pessoas que realizam diálise e as transplantadas. Além disso, propôs que a CIAN/CNS debata a utilização do sal e açúcar nos alimentos, uma vez que as principais causas de DRC nos pacientes em TRS são hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** manifestou preocupação com a situação apresentada pelos representantes do movimento e fez um destaque à ausência de uma política de Estado, contemplando as pessoas com DRC e à terceirização do Sistema. Diante desse cenário, perguntou quando e como o poder público assumirá a sua responsabilidade na implementação de políticas públicas. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre a Portaria que será levada à pactuação na Tripartite e frisou que o CNS deve solicitar ao MS a apuração das denúncias feitas. Por fim, perguntou como o MS fiscalizará a estrutura e como será o acompanhamento do controle social na linha de assegurar a mudança de modelo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a Mesa Diretora do CNS por pautar esse tema atendendo ao apelo da conselheira Rosangela da Silva Santos e saudou os expositores. Também registrou o seu repúdio ao reaproveitamento de filtros e propôs que o CNS solicite formalmente ao MS que modifique essa situação. Por fim, avaliou que é preciso rever o credenciamento de clínicas de modo a assegurar, por exemplo, que esses estabelecimentos ofereçam retaguarda aos pacientes no caso de intercorrências. Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas** reiterou a necessidade de garantir equipe interdisciplinar para acompanhar os pacientes em terapia renal substitutiva e lembrou que não existe uma equipe padronizada de atenção integral a esses pacientes. Também salientou que é preciso assegurar o monitoramento do funcionamento das clínicas e considerar o resultado da avaliação na revalidação do credenciamento. Ressaltou ainda a importância de uma linha de cuidado do paciente renal crônico nos diferentes níveis de atenção, de forma interdisciplinar, assegurando linha de cuidado padrão e referenciada para todos os serviços que prestam atenção à população. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** cumprimentou os expositores, especialmente a conselheira Rosangela Santos por demonstrar a dura realidade enfrentada pelos pacientes renais crônicos. Lembrou que foi noticiada, em 2012, a ampliação da participação dos farmacêuticos nas linhas de cuidado e foi formado GT para debater o tema, mas não houve avanços significativos. Salientou que a assistência farmacêutica deve integrar-se ao processo das redes de cuidado e é preciso voltar a discutir esse tema considerando a importância de dominar as tecnologias a serviço de quem sofre. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, primeiro, avaliou que é preciso rever o número de pautas nas reuniões a fim de assegurar mais tempo para aprofundar o debate de temas importantes como a Política de Saúde para Renais Crônicos. Saudou a conselheira Rosangela Santos pela explanação e, dada a importância desse tema, avaliou que os encaminhamentos da reunião deveriam ser acompanhados, de perto, pelos conselheiros. Chamou a atenção para o sofrimento, o medo, a exclusão e a angústia enfrentados pelo paciente com doença renal substitutiva. Além disso, perguntou se a revisão da RDC da ANVISA contempla o retorno da oferta de alimentação ao paciente após o procedimento de hemodiálise. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, interveio para solicitar que as manifestações fossem na linha de encaminhamentos, uma vez que a pauta retornaria em fevereiro de 2014, por ser parte da agenda com o Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a conselheira Rosangela Santos pelo trabalho e avaliou que é preciso contribuir para o fortalecimento das entidades que defendem os interesses das pessoas com DRC. Ressaltou que é preciso garantir que os usuários sejam acompanhados por um serviço público assim como é feito no GHC. Também propôs a formação de um GT para acompanhar a implementação da nova proposta. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, na condição de conselheiro estadual de saúde de Minas Gerais, avaliou que é necessário definir espaço para discutir as denúncias apresentadas, inclusive com acompanhamento do Ministério Público, dada a gravidade da situação. Também colocou o MORHAN à disposição para contribuir na luta do movimento de pessoas com doença renal crônica. Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, primeiro, lamentou o debate da nova proposta um dia antes de ser submetida à pactuação na Tripartite e solicitou que seja assegurado ao CNS, nas próximas políticas, contribuir e deliberar antes da pactuação com os gestores. Também manifestou sua insatisfação com a reutilização de filtros de hemodiálise e perguntou como garantir segurança de pacientes em um país onde se reutiliza esse equipamento. Explicou que, na condição de auditoria de saúde, observou que a

1193 maioria das demandas que chegam a auditoria se referem a terapia renal substitutiva. Disse que no  
1194 Estado de Goiás as clínicas não prestam o serviço adequado e, ainda assim, solicitam suplementação  
1195 do SUS pelo valor que é pago. No mais, disse que os valores são cobrados de forma superfaturado,  
1196 não é garantida alimentação para os pacientes que realizam hemodiálise e não é assegurado  
1197 transporte. Considerando tratar-se de uma realidade do Brasil, disse que os órgãos de controle interno  
1198 e externo devem apurar as denúncias. Por fim, reiterou a necessidade de ampliar o acesso à  
1199 assistência farmacêutica para o paciente renal crônico. Conselheira **Jouhanna do Carmo Menegaz**  
1200 manifestou satisfação com o fato de o Ministério da Saúde considerar, na definição de políticas,  
1201 aspectos para além das ações de saúde centradas no tratamento dos pacientes, na direção da  
1202 integralidade do cuidado. Todavia, avaliou que é preciso pensar na promoção da saúde, de modo a  
1203 garantir melhores condições de vida para os pacientes renais crônicos. Nessa linha, chamou a atenção  
1204 para o protagonismo da atenção básica nesse processo e salientou que é preciso resgatar o papel  
1205 desse nível de atenção. Destacou que essas doenças possuem grande determinação social, pois  
1206 atinge a população mais carente do país, e frisou que cabe ao controle social lutar por melhores  
1207 condições de vida desse segmento. Conselheiro **José Eri de Medeiros** manifestou o apoio do  
1208 CONASEMS ao movimento, na pessoa da conselheira Rosangela Santos. Também propôs a formação  
1209 de um GT para aprofundar o debate do tema e elaborar documento que subsidie decisão do plenário  
1210 do CNS a respeito da Política. Por fim, solicitou que a Mesa Diretora do CNS reavalie a construção das  
1211 pautas das reuniões, reservando tempo adequado e suficiente para debate de termas importantes  
1212 como a Política. Conselheiro **Olympio Távora Correa** explicou que acompanha o debate sobre a  
1213 doença renal crônica há muitos anos e esclareceu que a RDC da ANVISA nº. 154 não contemplou  
1214 profissionais como nutricionista, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Também explicou que essa  
1215 RDC da ANVISA permite o reuso até 12 vezes e acrescentou que quase todos os países do mundo,  
1216 com exceção do Japão que produz os filtros, reutilizam esse material. Por outro lado, lembrou que a  
1217 nova proposta (Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no Sistema Único de Saúde)  
1218 ficou em consulta pública por 60 dias, possibilitando a apresentação das contribuições. Também  
1219 concordou que é preciso retomar ações da atenção básica voltadas ao tratamento da hipertensão  
1220 arterial e do diabetes, a fim de prevenir a doença renal crônica. No mais, frisou que a DRC não é uma  
1221 doença exclusiva da classe menos favorecida, uma vez que não escolhe raça, cor ou condição social.  
1222 Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** saudou os expositores, especialmente a conselheira  
1223 Rosangela Santos pela força combativa. Explicou que retornava ao CNS como conselheira e lamentou  
1224 que o Conselho ainda enfrenta problemas antigos e recorrentes como a pactuação de Política na CIT  
1225 sem a apreciação e deliberação prévia do CNS. Também questionou se a representação dos usuários  
1226 e do movimento foi convidada a participar da reformulação da portaria. Frisou que é preciso estruturar  
1227 a rede de atenção 100% pública, universal, integral e igualitária, sem terceirizar para o serviço privado.  
1228 Por fim, propôs que o CNS convoque a ANVISA para esclarecimento sobre a utilização de material.  
1229 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, pontuou que a consulta pública foi um  
1230 instrumento insuficiente para colher sugestões, considerando se tratar de um problema grave e de  
1231 muito tempo. Como encaminhamento, propôs que o tema seja objeto da parceria com o Conselho  
1232 Nacional do Ministério Público e que seja realizada reunião no final de janeiro de 2014 com o MP para  
1233 definir um processo de controle e monitoramento para melhoria da Portaria. No mais, lamentou que o  
1234 MS, na revisão da Portaria, não tenha sinalizado a superação da terceirização na linha de atenção  
1235 renal substitutiva. Por fim, reiterou o compromisso com essa pauta e com uma política pública de  
1236 saúde para o país. **Retorno da mesa.** Conselheira **Rosangela da Silva Santos** explicou que qualquer  
1237 pessoa pode realizar diálise, todavia, a diferença é a forma como é feita, pois, na maioria dos casos, as  
1238 pessoas realizam diálise de forma indigna, enfrentam preconceitos e dificuldades como falta de  
1239 insumos. Ressaltou que na sua explanação tentou demonstrar a realidade do paciente renal e a  
1240 necessidade de garantir os direitos legais dessa população. Também explicou que as entidades  
1241 enfrentaram dificuldade para participar da consulta pública que, entre outros aspectos, estava fora dos  
1242 moldes do MS (exigência de fundamentação científica). Disse que também tentou demonstrar a falta  
1243 de comprometimento das clínicas de hemodiálise em prestar serviços de qualidade, nos moldes  
1244 definidos pelo SUS, porque os usuários estão no anonimato dentro dessas clínicas e têm medo de  
1245 reclamar dos serviços prestados. Também perguntou se a alimentação para os pacientes em terapia  
1246 renal seria garantida, lembrando, inclusive, que liminar impede que as clínicas garantam essa  
1247 alimentação. Relatou ainda que o paciente renal crônico enfrenta dificuldade para ser atendido porque  
1248 a rede não está preparada para recebê-lo e, em alguns casos, há recusa de atendimento. Salientou  
1249 que a nova proposta é um marco inicial e reiterou que é preciso monitorar a Política. Para além dos  
1250 dados e estudos, disse que é preciso entender quem é o paciente com doença renal crônica, porque  
1251 os profissionais de saúde não são preparados para trabalhar com essa população. Agradeceu a  
1252 oportunidade de falar sobre o tema e plantar uma semente que, no seu modo de ver, dará frutos. O  
1253 Coordenador Geral de Média e Alta Complexidade, **José Eduardo Fogolin**, reconheceu a pertinência  
1254 das demandas colocadas e avaliou que refletem o que ainda não foi possível avançar dentro do  
1255 Sistema. Esclareceu que a revisão da Portaria não contempla todas as necessidades, apesar dos

1256 avanços. Também avaliou que, além da agenda com o CNMP, é preciso formar um GT para realizar o  
1257 acompanhamento e monitoramento das ações previstas. Explicou que a nova proposta vai além das  
1258 clínicas de hemodiálise, com a organização e desenvolvimento de uma linha de cuidado da DRC e  
1259 envolvimento da atenção básica, além de ações voltadas à redução de sódio e açúcar nos alimentos.  
1260 Também disse que se exige agora o apontamento das unidades básicas de saúde que cada serviço irá  
1261 matricular e acompanhar. No mais, destacou que entidades foram convidadas a participar do processo  
1262 de revisão da Portaria e da RDC, todavia, concordou que era preciso aprofundar ainda mais o debate.  
1263 Pontuou, inclusive, que o Programa mais Médicos trará uma demanda de melhoria do cuidado na  
1264 atenção básica, o que demandará outras ações para atenção especializada porque aumentará o  
1265 diagnóstico precoce. Respondeu ainda que a nova RDC da ANVISA determina prazo para acabar com  
1266 o reuso de linhas de capilares para o cuidado da pessoa com doença renal crônica na fase dialítica.  
1267 Sobre as denúncias, solicitou que fossem encaminhadas à Coordenação Geral de Média e Alta  
1268 Complexidade para conhecimento. Também propôs que na reunião do CNS do mês de março de 2014,  
1269 em comemoração ao dia mundial do rim, fosse constituído grupo para acompanhar a implantação da  
1270 política, porque o monitoramento é extremamente importante. Reiterou que a Política não atinge todas  
1271 as demandas, mas é um primeiro passo para mudança de paradigma. Conselheira **Maria do Socorro**  
1272 **de Souza**, Presidente do CNS, solicitou aparte para esclarecer que é papel da Comissão de Saúde da  
1273 Pessoa com Patologia do CNS acompanhar a implantação da política. O Coordenador Geral de Média  
1274 e Alta Complexidade, **José Eduardo Fogolin**, explicou que a consulta pública exigiu fundamentação  
1275 científica quanto da necessidade de mudança de parâmetros, mas não impediu a apresentação de  
1276 propostas. Também avaliou que é preciso transporte sanitário em todas as linhas de cuidado das  
1277 políticas públicas. Finalizando, disse que é preciso aprofundar o debate da proposta e frisou que, da  
1278 forma como está colocada, representa um avanço no modelo do cuidado ao possibilitar diagnóstico  
1279 precoce e melhor cuidado para o paciente com doença renal crônica. Encaminhando, conselheiro  
1280 **Geordeci Menezes de Souza** colocou em apreciação as seguintes propostas: ao invés de criar GT,  
1281 delegar à Comissão de Saúde das Pessoas com Patologias/CNS que promova debate sobre o tema,  
1282 com convite a outros convidados e apresente subsídio ao CNS para deliberação na reunião ordinária  
1283 do mês de fevereiro; contemplar o tema na parceria do CNS e CNMP; e realizar reunião com o  
1284 Conselho Nacional do MP para tratar do tema e, posteriormente, definir os próximos passos. A seguir,  
1285 houve algumas manifestações no sentido de definir encaminhamento. **Deliberação: o Plenário**  
1286 **decidiu que: a Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias – CIPP/CNS debaterá o tema,**  
1287 **com a participação de convidados, e apresentará subsídios ao CNS para deliberação na reunião**  
1288 **ordinária do mês de fevereiro de 2014; o tema será objeto da parceria do CNS com o Conselho**  
1289 **Nacional do Ministério Público; e será realizada reunião com o Conselho do MP para tratar do**  
1290 **tema e, no início de fevereiro de 2014, serão analisados os resultados da reunião com o MP e**  
1291 **definidos os próximos passos.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu os convidados e  
1292 encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Ana**  
1293 **Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,  
1294 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos - UBC;  
1295 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –  
1296 FENACELBRA; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –CFFa;  
1297 **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS);  
1298 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira  
1299 (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase –  
1300 MORHAN; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho  
1301 Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem  
1302 (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge**  
1303 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira**  
1304 **Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Luís Eugênio Portela**  
1305 **Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC); **Márcia**  
1306 **Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria do Espírito Santo**  
1307 **Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;  
1308 **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG;  
1309 **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,  
1310 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas  
1311 (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Olympio Távora**  
1312 **Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS;  
1313 **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ;  
1314 **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social  
1315 (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);  
1316 **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil  
1317 (FARBRA); **Rosemeire Aparecida da Silva**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Sandra Regis**,  
1318 Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA)

1319 Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); **Verônica Lourenço**  
1320 **da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das  
1321 Associações de Moradores – CONAM; e **Zan Mustacchi**, Federação Brasileira das Associações de  
1322 Síndrome de Down. **Suplentes** – **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de  
1323 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **André Luiz de Oliveira**,  
1324 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de  
1325 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do  
1326 Brasil - FASUBRA; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde (MS); **Elias José da Silva**,  
1327 Movimento Popular de Saúde –MOPS; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos  
1328 Psicólogos – FENAPSI; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Gilene**  
1329 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e Idosos  
1330 (SINTAPI); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
1331 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias  
1332 Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos  
1333 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **José Wilton da Silva**, Federação das Associações de Renais e  
1334 Transplantados do Brasil – FARBRA; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Lorena Baía**  
1335 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos  
1336 Aposentados (SIND-NAP); **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das Associações de Renais e  
1337 Transplantados do Brasil (FARBRA); **Jouhanna Menegaz**, Associação Brasileira Rede Unida  
1338 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União  
1339 Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Mariana Batazza Freire**, Federação  
1340 Brasileira de Hemofilia – FBH; **Noemy Yamaguishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBio;  
1341 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Paula Johns**, Associação  
1342 de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do  
1343 Tabagismo; **Richarlis Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Shirley**  
1344 **Marshal Diaz,Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros- FNE; **Simone Vieira da Cruz**,  
1345 Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; e **Zaíra Tronco Salerno**,  
1346 Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi  
1347 composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**  
1348 **HUMANOS – CIRH/CNS** - Apresentação: conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da  
1349 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS; conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1350 coordenadora adjunta da CIRH/CNS. Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes**, da Mesa Diretora  
1351 do CNS. A coordenadora da Comissão, conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, iniciou apresentando o  
1352 Relatório da Visita de Avaliação *in loco* à Faculdade Vale do Araguaia, em Barra do Garças , para  
1353 análise dos pedidos de autorização para abertura de curso de Odontologia e Psicologia. Explicou que a  
1354 visita ocorreu no dia **29** de novembro de 2013 e grupo foi composto por ela, na condição de  
1355 coordenadora da CIRH, representante do segmento dos trabalhadores, pelo conselheiro **José Eri**  
1356 **Medeiros**, representante do CONASEMS e pelo conselheiro **Edmundo Omoré**, representante dos  
1357 usuários. Detalhou que os objetivos da visita, com base na Resolução nº. 350/2005, foram os  
1358 seguintes: analisar as necessidades sociais em saúde da região que fundamentam a abertura de  
1359 cursos de psicologia e odontologia; verificar se há coerência entre o projeto político-pedagógico e as  
1360 necessidades sociais regionais; e analisar a relevância social do projeto político-pedagógico.  
1361 Acrescentou que os dispositivos legais orientadores desse processo foram a Resolução do CNS nº  
1362 350, de 9/06/2005; Resolução do CNS nº 429, de 12/11/2009; e Resolução do CNS nº 430, de  
1363 12/11/2009 e seu anexo. Disse que o grupo seguiu o seguinte roteiro de visita para avaliação *in loco*:  
1364 apresentação do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI); apresentação dos gestores Estadual e  
1365 Municipal; Apresentação da Coordenadora do Curso de Odontologia; apresentação da Coordenadora  
1366 do Curso de Psicologia; visita às dependências da Faculdade; visitas às Unidades de Saúde - campo  
1367 de prática para os estudantes da Faculdade; Reunião com a equipe docente dos cursos da área de  
1368 saúde ministrados pela Faculdade, incluindo os cursos de odontologia e psicologia. No Bloco I,  
1369 Necessidades Sociais em Saúde, disse que foram avaliados os seguintes aspectos: utilização da rede  
1370 de serviços instalada; relação entre a oferta de vagas e capacidade instalada para a prática;  
1371 compromisso social com a promoção do desenvolvimento regional; compromisso com a produção de  
1372 conhecimentos; e mecanismos favoráveis à interiorização e à fixação de profissionais. Nesse aspecto,  
1373 destacou que a Região urbana da Grande Garças no Vale do Araguaia faz fronteira com Goiás e três  
1374 cidades têm o município como referência para atenção. Em relação à sociodemografia, fez os  
1375 seguintes destaques: Mato Grosso - população de 3.033.991 habitantes; Goiás - 6.004.045; Total:  
1376 9.038.036; população de Barra do Garças - 56.560 habitantes; Pontal do Araguaia - (5.395  
1377 habitantes e Aragarças s - 18.305 habitantes Total: 80.260 habitantes (Censo IBGE de 2010). acesso  
1378 à capacidade instalada (econômica, educacional e de saúde). Apresentou as seguintes especificidades  
1379 da região: a Região Centro-Oeste do Brasil concentra 19% da população indígena brasileira; maior  
1380 contingente na faixa etária de 0 a 20 anos de idade; o Estado de Mato Grosso possui uma população  
1381 de 42.538 habitantes, 5.2% da população indígena total do país; e a etnia Xavante representa em

1382 torno de 14.000 pessoas, distribuídas em nove Terras Indígenas (TI): Sangradouro, São Marcos,  
1383 Areões, Pimentel Barbosa. Parabubure, Chão Preto, Ubawawe, Marechal Rondon, Marãiwatsede.  
1384 (IBGE, 2010). Em relação ao potencial de ingressantes nos cursos, salientou os seguintes dados: 10  
1385 escolas públicas e privadas no Município; 3.692 estudantes de nível médio matriculados nas mais  
1386 7.305 das cidades vizinhas; índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,748, em 2010.  
1387 O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799); e  
1388 entre 2000 e 2010 – a dimensão educação foi a que mais cresceu (0,200), seguida por longevidade  
1389 (5,26 anos) e renda (percapita em 2010, de R\$789,99). No que se refere ao Bloco II, Coerência entre  
1390 o projeto político-pedagógico e as necessidades sociais regional, disse que foram analisados os  
1391 seguintes aspectos: inovação pedagógica orientada pelas diretrizes curriculares; coerência entre o  
1392 projeto político-pedagógico e a organização de práticas de aprendizagem orientadas para as  
1393 diversidades sociais e humanas (de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e  
1394 necessidades especiais; compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus  
1395 saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes,  
1396 profissionais e realidade local; compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da  
1397 oferta de atividades de extensão; compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade;  
1398 compromisso de contrapartida das instituições privadas que utilizam instituições públicas como campo  
1399 de ensino em serviço; responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos  
1400 aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço científico, cultural, humano e profissional  
1401 compartilhando seus problemas e projetos. Explicou que o município de Barra do Garças possui 15  
1402 equipes de saúde bucal na atenção básica; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e II); Centro de  
1403 Reabilitação; atendimento psicossocial no Pronto; atendimento Municipal, Centro Regional de  
1404 Referência em Especialidades; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Hospital  
1405 Municipal; Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Atendimento  
1406 Educacional Especializado à Criança; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), entre  
1407 outros serviços. Disse que Pontal do Araguaia possui três unidades básicas de saúde da família; e  
1408 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O município de Aragarças s, além de CRAS,  
1409 dispõe de Lar da Providência para Idosos. Infraestrutura da IES. Em relação ao Bloco III, relevância  
1410 social do curso - projeto político-pedagógico, disse que foram avaliados os seguintes aspectos:  
1411 contribuição para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente  
1412 existentes; e aplicação dos princípios gerais e dos critérios sem ser genérica, devendo implicar,  
1413 sempre que possível ou necessário, o estudo caso-a-caso. No Bloco III - Odontologia, detalhou que o  
1414 grupo considerou: o número de cirurgiões dentistas na região do Vale do Araguaia; os municípios que  
1415 formam o Vale do Araguaia possuem 159 cirurgiões-dentistas (CD); 84 residem no Município de Barra  
1416 do Garças s, basicamente desenvolvendo a prática liberal; a relação habitantes/CD é de 681:1. Entre  
1417 os agravos mais prevalentes, destacam-se: a cárie, doença periodontal, edentulismo, oclusopatias e  
1418 traumatismo dentário. No grupo de idosos, destacam-se as alterações de tecidos moles e lesões  
1419 compatíveis com câncer bucal. No Bloco III – Psicologia, disse que foram observadas as seguintes  
1420 questões: número de psicólogos no Estado de Mato Grosso - 1.907 profissionais para uma população  
1421 de 3.033.991. (CFP, 2010); entre os agravos de saúde mental mais prevalentes na região está o  
1422 suicídio, dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (como o crack e outras drogas); aumento da  
1423 expectativa de vida, com o crescimento do numero de idosos; e o psicólogo tem inserção em outros  
1424 campos de atuação, que não somente os serviços de saúde, como as escolas e industrias. Explicou  
1425 que, após a visita do grupo, a CIRH modificou o seu parecer e recomenda a aprovação do pedido de  
1426 autorização de abertura do curso de Odontologia e Psicologia da instituição Faculdades Unidas do  
1427 Vale do Araguaia. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, além dos aspectos colocados pela  
1428 coordenadora da CIRH, destacou a importância do município como referência para a atenção aos  
1429 povos indígenas da Região. Conselheiro **Edmundo Omore** acrescentou que, além, da atenção aos  
1430 povos indígenas, é preciso assegurar atenção a outros povos da Região – ribeirinha, quilombola.  
1431 Conselheira Maria do Socorro de Souza, Presidente do CNS, chamou a atenção para o quanto a  
1432 política de saúde pode ser indutora do desenvolvimento social de determinadas regiões. Também  
1433 cumprimentou a CIRH pela dinâmica de aplicar a metodologia caso a caso e levantar maiores  
1434 subsídios para deliberação do Pleno. Feitas essas considerações, o coordenador da mesa colocou em  
1435 apreciação os pareceres elaborados pela CIRH: 1) Referência: Processo nº 201205427. Interessado:  
1436 Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. Curso: Autorização do curso de Odontologia. Município de  
1437 Barra do Garças. Parecer final: satisfatório. 2) **Referência:** Processo nº 201207266. Interessado:  
1438 Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. Curso: Autorização do curso de Psicologia. Município de  
1439 Barra do Garças. Parecer final: satisfatório. **Deliberação: aprovados os pareceres com três**  
1440 **abstenções.** Dando sequência, a coordenadora da CIRH passou à apresentação dos demais  
1441 pareceres: 1) **Referência:** Processo nº 201117506. **Interessado:** Faculdade Ari de Sá. **Curso:**  
1442 Autorização do curso de Psicologia. **Contextualização:** a) Trata-se de solicitação de autorização do  
1443 curso de Psicologia, apresentada pela Faculdade Ari de Sá (FAS), Instituição de Ensino Superior (IES)  
1444 de caráter privado. De acordo com as informações disponibilizadas no sistema e-MEC, a IES entrou

1445 com pedido de Credenciamento junto ao MEC, sob o protocolo nº 201117381. O relatório do INEP, já  
1446 publicado, no sistema e-MEC avaliou a IES com nota 5, mas a mesma ainda não se encontra,  
1447 oficialmente, na relação de IES cadastradas, por município, no sistema e-MEC. No que diz respeito ao  
1448 curso proposto, ele se localiza no município de Fortaleza, no Estado do Ceará. O estado possui uma  
1449 população estimada em 8.778.575 habitantes (IBGE/2013) e, o município de Fortaleza tem uma  
1450 população de 2.551.805 habitantes, em uma área territorial de 314,9 km<sup>2</sup> (IBGE/2013). O IDHM do  
1451 município corresponde a 0,754 (PNUD-2010) e sua renda per capita é de R\$ 15.161,47 (IBGE/2010).  
1452 b) No Estado do Ceará existem 11 IES (02 públicas e 09 privadas) que oferecem o curso de  
1453 Psicologia, disponibilizando, anualmente, 1.728 vagas. Desses 11, 07 (02 públicas e 06 privadas)  
1454 estão localizadas no município de Fortaleza e oferecem, ao ano, 1.190 vagas. As vagas restantes, 538  
1455 ao todo, estão distribuídas nos municípios de: Quixadá, Sobral, Icó e Juazeiro do Norte que distam,  
1456 respectivamente, de Fortaleza: 173 km; 232 km; 385 km e 548 km. c) Segundo dados da Sala de Apoio  
1457 à Gestão Estratégica (Novembro/2013), o município de Fortaleza possui 16 CAPS, 12 NASF e 261  
1458 Equipes de Saúde da Família com cobertura populacional de 36,02% (Setembro/2013). Existem 105  
1459 Centros de Saúde/Unidades Básicas, 37 Hospitais gerais e 46 Hospitais de especialidades  
1460 (Novembro/2013). São disponibilizados ao SUS, para o estado, 14.505 leitos e para o município, 5.222  
1461 leitos (CNES- 11/2013). d) A IES não oferece outros cursos na área de saúde. e) O Curso de  
1462 Psicologia da Faculdade Ari de Sá propõe a oferta de um total anual de 60 vagas para o período  
1463 noturno. A carga horária informada é de 4.000 horas a serem cumpridas em 5 anos ou 10 semestres  
1464 letivos. A referida Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano de Desenvolvimento  
1465 Institucional (PDI) que tem como diretriz: promover crescimento pessoal, intelectual e profissional dos  
1466 nossos alunos por meio de educação de excelência em nível superior, contribuindo para seu êxito em  
1467 todas as áreas de atuação na sociedade. f) Na documentação apresentada pela IES ao MEC consta o  
1468 perfil do egresso. A IES explicita que visa à formação básica, pluralista, sólida, generalista e  
1469 interdisciplinar, comprometida com a construção de novos conhecimentos e práticas transformadoras  
1470 da sociedade. g) Quanto à titulação do corpo docente, dos sete (7) professores, dois (2) são doutores  
1471 (28,6%) e cinco (5) são mestres (71,4%). Sobre o regime de trabalho, 02 docentes terão contratos em  
1472 tempo integral (28,6%), sendo um (1) docente doutor (14,3%) e um (1) mestre (14,3%). Dos cinco (5)  
1473 docentes contratados em regime parcial (71,4%), um (1) é doutor (14,3%) e quatro (4) mestres  
1474 (57,1%). Consta no PDI da IES a implantação de um plano de carreira docente. h) A IES informa no  
1475 seu PDI infraestrutura para atender pessoas com necessidades especiais, atendendo, portanto, ao  
1476 Decreto Federal nº. 5.296/2004 que trata da acessibilidade. Dos dados que constam no e-MEC e  
1477 relatório do INEP (15/07/2013) e considerando que a vinculação entre educação, trabalho e práticas  
1478 sociais deve ser meta obrigatória da educação superior e as diretrizes curriculares nacionais e as  
1479 diretrizes do SUS devem constituir-se em referência para propor o perfil profissional a ser formado e o  
1480 projeto político-pedagógico, conforme a Recomendação nº29, de 12 de dezembro de 2012, do CNS  
1481 em sua 240<sup>a</sup> RO, de 11 e 12 de dezembro de 2012, bem como o que preconiza a Resolução CNS/MS  
1482 nº. 350, de 09/07/2005, ambas disponibilizadas na página do CNS/MS, destaca-se que: a) Embora o  
1483 corpo docente informado (07 professores) se refira aos dois primeiros anos do curso, o mesmo pode  
1484 não permitir o acompanhamento dos alunos, do curso como um todo, do estágio básico e  
1485 supervisionado, tendo em vista o predomínio de 71,4% dos docentes contratados em regime parcial.  
1486 Além disso, o quantitativo docente com qualificação de doutorado (2) poderá não assegurar atividades  
1487 de pesquisa e extensão, agravado pelo fato de um deles, contratado em tempo integral, desenvolver  
1488 função de coordenador do curso, e o outro ter contrato em regime parcial; b) A IES não apresenta  
1489 acúmulo de experiência na área da saúde, pois não oferece nenhum outro curso; e c) A IES não  
1490 apresenta IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES). Parecer final: com base nos  
1491 considerandos acima, o parecer é insatisfatório à autorização do curso de Psicologia da Faculdade Ari  
1492 de Sá, com base em análise feita à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado com**  
1493 **duas abstenções.** 2) **Referência:** Processo nº 201206740. **Interessado:** Faculdade da Serra.  
1494 Município de Serra, no Estado do Espírito Santo. **Curso:** Autorização do curso de Psicologia. Dos  
1495 dados que constam no e-MEC e relatório do INEP (15/07/2013), destacou-se que: a) Não há referência  
1496 ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde  
1497 do Pólo Regional para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais  
1498 existentes na região (Parágrafo único do artigo 27) da Lei 8080/90; b) Não há referência à participação  
1499 direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS  
1500 Nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei nº 8080/90, o que não assegura a integração com o sistema  
1501 local de Saúde e uma formação do egresso dentro dos princípios e diretrizes do SUS; c) não há  
1502 participação do aluno na comunidade, desde o início do curso, como preconiza a Resolução CNS Nº  
1503 350/2005. Segundo o PPC da IES, o aluno inicia sua inserção nos campos de prática, a partir do 6º  
1504 período; d) A IES não menciona os campos de prática e não informa a capacidade de atendimento e  
1505 disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática da  
1506 rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O número de  
1507 vagas oferecido para o período noturno (60 vagas), não garante ao egresso a utilização da rede

1508 pública instalada, como campo de prática e aprendizagem, conforme preconiza a Resolução CNS Nº  
1509 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno. Parecer final: insatisfatório à autorização do  
1510 curso de Psicologia da Faculdade da Serra, com base em análise feita à luz da Resolução CNS Nº.  
1511 **1512 Deliberação: aprovado o parecer com duas abstenções. 3) Referência:** Processo nº  
1513 201209073. **1514 Interessado:** Faculdade Evolução Alto Oeste Potiguar. **1515 Curso:** Autorização do curso de  
1516 Psicologia. Trata-se da solicitação de autorização do curso de Psicologia, apresentada pela Faculdade  
1517 Evolução Alto Oeste Potiguar (FACEP), Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, com  
1518 fins lucrativos. a) A IES foi credenciada pela Portaria 366- 15/04/2009. O curso proposto localiza-se no  
1519 município de Pau dos Ferros, no Estado do Rio Grande do Norte. O estado possui uma população  
1520 estimada em 3.373.960 habitantes (IBGE/2013), e o município de Pau dos Ferros tem uma população  
1521 de 28.197 habitantes (IBGE/2012), em uma área territorial de 259,9 km<sup>2</sup>. O IDHM do município  
1522 corresponde a 0, 678 (PNUD-2012) e sua renda per capita é de R\$ 8.131, 41 (IBGE/2008). b) No  
1523 Estado do Rio Grande do Norte existem 04 IES (01 pública e 03 privadas) que oferecem o curso de  
1524 Psicologia, totalizando, ao ano, 1.145 vagas. Todas as IES encontram-se localizadas no município de  
1525 Natal. O município de Pau dos Ferros dista de Natal, 404 km. c) Segundo dados da Sala de Apoio à  
1526 Gestão Estratégica (Novembro/2013), o município de Pau dos Ferros possui 01 CAPS, 02 NASF e 12  
1527 Equipes de Saúde da Família, com cobertura populacional de 100% (Setembro/2013). Existem 13  
1528 Centros de Saúde/Unidades Básicas e 01 Hospital geral (Novembro/2013). Para todo o estado de Rio  
1529 Grande do Norte estão disponibilizados ao SUS, 6.399 leitos e para o município, 123 leitos (CNES -  
1530 11/2013). d) A IES não oferece outros cursos na área da saúde. e) O Índice Geral de Cursos da  
1531 Instituição (IGC) é um indicador de qualidade de instituições de educação superior que considera, em  
1532 sua composição, a qualidade dos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e doutorado),  
1533 por meio do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), do CPC (Conceito Preliminar  
1534 de Curso) de todos os cursos da IES e da Nota Capes que expressa os resultados da Avaliação dos  
1535 Programas de Pós-graduação. Segundo o e-MEC, a Faculdade Evolução Alto Oeste Potiguar não  
1536 apresenta o conceito de Índice Geral de Curso (IGC) contínuo. f) O curso de Psicologia da Faculdade  
1537 Evolução Alto Oeste Potiguar propõe a oferta de um total de 120 vagas anuais, 60 vagas para o  
1538 período matutino e 60 vagas para o período noturno. A carga horária informada é de 4.040 horas, a  
1539 serem cumpridas em 10 semestres letivos. A Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano  
1540 de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: promover o desenvolvimento para a  
1541 região, por meio, da formação de profissionais de qualidade que possam se inserir no mercado de  
1542 trabalho loco regional. g) Na documentação apresentada pela IES ao MEC consta o perfil do egresso.  
1543 A IES explicita que pretende formar um psicólogo com visão generalista; com condições de trabalhar  
1544 em diferentes contextos, a partir do domínio das teorias e técnicas da Psicologia e com capacidade de  
1545 aplicá-las na elaboração, desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção e promoção de  
1546 saúde, pautada pelos princípios éticos de autonomia, cidadania, saúde e inclusão. h) Quanto à  
1547 qualificação do corpo docente, dos 11 professores contratados, cinco (5) são doutores (45,5%) e seis  
1548 (6) são mestres (54,5%). Sobre o regime de contratação, entre os cinco (5) doutores, apenas um (1) foi  
1549 contratado em regime integral (9,09%), para a função de coordenador do curso; três (3) em regime  
1550 parcial (27,3%); um (1), em regime hora/aula (9,09%). Quanto aos seis (6) mestres, seu regime de  
1551 trabalho é de um (1) contratado em tempo integral (9,09%) e cinco (5) em tempo parcial (45,5%).  
1552 Consta no PDI da IES a implantação de um plano de carreira docente. i) A IES informa no seu PDI  
1553 infraestrutura para atender pessoas com necessidades especiais, atendendo, portanto, ao Decreto  
1554 Federal Nº. 5.296/2004 que trata da acessibilidade. j) De acordo com o PPC disponibilizado pelo  
1555 sistema e-MEC, os estágios terão início a partir do 5º com a disciplina Práticas Integrativas I (Estágio  
1556 em observação sistemática/observação do comportamento); 6º período, com a disciplina Práticas  
1557 Integrativas II (Estágio em observação participante/observação de processos sociais); 7º período, com  
1558 a disciplina Práticas Integrativas III (Estágio em Psicologia e Educação); 8º período, com a disciplina  
1559 Práticas Integrativas IV (Estágio em Psicologia e Gestão); 9º período, com a disciplina Estágio  
1560 Supervisionado Específico I (Estágio em Psicologia e Clínica - parte I) e 10º período, com a disciplina  
1561 Estágio Supervisionado Específico II (Estágio em Psicologia e Clínica-part II). k) Dos dados que  
1562 constam no e-MEC e relatório do INEP (15/07/2013) e considerando que a vinculação entre educação,  
1563 trabalho e práticas sociais deve ser meta obrigatória da educação superior e as diretrizes curriculares  
1564 nacionais e as diretrizes do SUS devem constituir-se em referência para propor o perfil profissional a  
1565 ser formado e o projeto político-pedagógico, conforme a Recomendação nº 29, de 12 de dezembro de  
1566 2012, do CNS em sua 240ª RO, de 11 e 12 de dezembro de 2012, bem como o que preconiza a  
1567 Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005, ambas disponibilizadas na página do CNS/MS, tem-se a  
1568 destacar que: a) Não há documento que comprove a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de  
1569 Compromisso entre a IES e a e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização  
1570 da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único  
da artigo 27 da Lei 8080/90); b) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na  
construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27  
da Lei Nº 8080/90; c) A IES prevê campo de prática, atendendo ao preconizado pelas Diretrizes

1571 Curriculares Nacionais. No entanto, o relatório destaca que o Serviço-Escola de Psicologia será  
1572 construído. Os outros campos para estágio não estão especificados, pois os convênios ainda serão  
1573 firmados, segundo informações disponibilizadas no PPC. Também não está incluída a capacidade de  
1574 atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não permite assegurar absorção  
1575 nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº  
1576 8080/90); d) Não há participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso, conforme  
1577 preconiza a Resolução Nº 350/2005. Segundo PPC da IES, a mesma só ocorrerá a partir do 6º  
1578 período; e) O PPC reconhece a existência de uma demanda local e regional por formação de  
1579 psicólogos e justifica tal necessidade com a evidência numérica da reduzida presença desses  
1580 profissionais no município e a ausência de cursos na região. No entanto, não foi possível apreciar a  
1581 necessidade social em saúde pela ausência de elementos que sustentam a articulação da proposta  
1582 curricular, a opção pela ênfase curricular, e as condições sociais e econômicas da população ligadas à  
1583 história cultural e política da região; f) As políticas de ensino e extensão não estão claramente  
1584 articuladas no PPC, indicando “certa” artificialidade no tratamento dado ao tema pelo projeto  
1585 pedagógico do curso, que resulta demasiado inespecífico neste aspecto, apenas reproduzindo o texto  
1586 do PDI. Há uma incoerência entre a forte presença da pesquisa experimental pretendida no PPC,  
1587 inclusive com a criação de laboratório específico; g) A proposta curricular explora poucas inovações no  
1588 Curso, no que se refere à formação por habilidades e competências; a estrutura curricular é  
1589 predominantemente focada nos conteúdos. O perfil do egresso reproduz as Diretrizes Curriculares  
1590 Nacionais (DCNs); h) Apesar de os conteúdos estarem, relativamente atualizados, com carga-horária e  
1591 referências adequadas, a estrutura curricular se mostra, excessivamente, disciplinar com fraca  
1592 proposta de formação teórico-prática por meio dos estágios básicos, nomeados no PPC como práticas  
1593 integrativas e concentrados apenas a partir do quinto período e, as ênfases curriculares não  
1594 “transversalizam” o curso, concentrando seus investimentos pedagógicos nos períodos finais e ainda  
1595 reproduzindo, marcadamente, a tradicional opção por áreas ou campos de atuação em detrimento do  
1596 enfrentamento de problemas emergentes das diferentes áreas/campos da saúde; i) Observa-se que a  
1597 qualificação do corpo docente é de doutores (2) e mestres (9), totalizando 11 professores. No entanto,  
1598 há um predomínio de contratos em tempo parcial para oito (8) professores. Aqueles docentes  
1599 contratados em regime de tempo integral equivalem a dois (2) e de hora/aula corresponde a um (1).  
1600 Nesse sentido, a equipe que desenvolverá suas atividades docentes em tempo integral é de dois (2),  
1601 sendo que um (1) estará designado para exercer a função de coordenador de curso, atende,  
1602 parcialmente, as necessidades da formação nos dois primeiros anos do curso, em sala e aula, em dois  
1603 turnos. Por sua vez, esse quantitativo docente pode não permitir o acompanhamento dos alunos no  
1604 estágio básico e supervisionado, além de não assegurar atividades de pesquisa e extensão; j) O  
1605 número de vagas oferecido para o período noturno (60 vagas), não vem acompanhado do registro de  
1606 garantias de que o estudante utilizará a capacidade de rede pública instalada, como campo de prática  
1607 e aprendizagem conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, já que a mesma funciona em  
1608 horário diurno; k) Embora a IES se encontre em processo efetivo de expansão de sua estrutura física,  
1609 com obras em andamento, de modo geral, o número de vagas anuais (120) pretendidas parece  
1610 excessivo, considerando as condições atuais de atendimento, caso sejam efetivamente ocupadas; l) A  
1611 IES não apresenta acúmulo de experiência na área da saúde, pois não oferece nenhum outro curso  
1612 nessa área. **Parecer final: insatisfatório** à autorização do curso de Psicologia da Faculdade Evolução  
1613 Alto Oeste Potiguar, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. Conselheiro **André**  
1614 **Luiz de Oliveira** perguntou se a instituição de ensino poderia apresentar novo projeto atendendo as  
1615 recomendações da CIRH, tendo em vista que não há nenhuma opção de IES próxima à cidade.  
1616 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, explicou que a Comissão elabora  
1617 parecer a partir dos documentos apresentados pela instituição de ensino ao Sistema E-Mec, contudo, a  
1618 CIRH vinha enfrentando dificuldades de acessar os documentos disponíveis no Sistema. Explicou que,  
1619 em alguns casos, a Comissão solicitava a disponibilização de documento e o MEC fazia a inserção no  
1620 campo. De todo modo, disse que o projeto pedagógico da instituição mostrou-se insuficiente,  
1621 destacando que houve valorização das especificidades da região. Ressaltou que a CIRH detalhou os  
1622 problemas do projeto pedagógico e o MEC acompanharia. De todo modo, a instituição poderia  
1623 reapresentar o projeto, incorporando as propostas de modificação. Nesse ponto, a mesa manifestou  
1624 preocupação com o número de pareceres para apreciação do Plenário e o tempo disponível para  
1625 debate. O Plenário fez ponderações a respeito e decidiu, por maioria, fazer a leitura dos principais  
1626 pontos do parecer e aprovar os documentos em bloco – satisfatório e insatisfatório. Segundo esse  
1627 encaminhamento, a mesa procedeu à apresentação dos demais processos. 4) **Referência:** Processo  
1628 nº 201209117. **Interessado:** Faculdade São Francisco do Paraíba, município de Cajazeiras. **Curso:**  
1629 Autorização do curso de Odontologia. Destaques: a) Não há participação do aluno, na comunidade,  
1630 desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; b) O PPC contempla, de  
1631 maneira insuficiente, as demandas efetivas de natureza econômica e social, não mencionando o perfil  
1632 epidemiológico de doenças bucais, a capacidade instalada dos serviços odontológicos loco-regionais,  
1633 tampouco, o potencial do curso na melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da

1634 população. Não há diagnóstico situacional claro, fundamentado, referendado e baseado em dados  
1635 oficiais, não expressando preocupação e adequação da formação de profissionais para atender às  
1636 necessidades de saúde bucal loco-regionais, com ampliação da atenção à saúde e a capacidade de  
1637 absorção dos egressos na área de influência da região, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005;  
1638 c) Os objetivos do curso apresentam insuficiente coerência com os aspectos: perfil profissional do  
1639 egresso, estrutura curricular e contexto educacional. A estrutura curricular do curso não apresenta  
1640 integração curricular. Existem componentes curriculares que caracterizam uma especialização  
1641 precoce, unidades curriculares estanques e isoladas, que não contemplam a formação generalista.  
1642 Segundo os avaliadores, no PPC não está contemplado o envolvimento do curso com o SUS, nem o  
1643 contexto de saúde bucal da região; d) O perfil profissional expressa de maneira insuficiente as  
1644 competências do egresso, pois não há coerência entre o perfil almejado e a estrutura curricular, nem é  
1645 descrito o contexto epidemiológico de saúde bucal da região; e) A estrutura curricular prevista  
1646 (cadastrada no sistema e-MEC) contempla, de maneira insuficiente os aspectos: flexibilidade,  
1647 interdisciplinaridade, articulação da teoria com a prática. Não há aproximação do conhecimento básico  
1648 da sua utilização clínica, não há conteúdos interdisciplinares em mais de um período do curso; f) O  
1649 estágio curricular supervisionado previsto está regulamentado, considerando o aspecto carga horária  
1650 de maneira insuficiente (menos que 20% da carga horária do total do curso); g) A IES não menciona os  
1651 campos de prática, e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e  
1652 numericamente, o que não assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº  
1653 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8080/90); h) O corpo docente informado, para os  
1654 dois primeiros anos do curso, corresponde a 16 professores, dos quais 06 são doutores e destes, 03  
1655 estão contratados em regime integral, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos  
1656 considerando o curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados, além de não assegurar  
1657 atividades de pesquisa e extensão; e i) Não está caracterizada, no PPC da IES, a integração com o  
1658 SUS, nem atividades práticas de formação, priorizando o enfoque na atenção básica, em unidades  
1659 básicas de saúde, como preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005. Parecer final: insatisfatório. 5) **Referência:** Processo nº 201209971. **Interessado:** Faculdade de Educação de Bom Despacho. Município de Bom Despacho/MG. **Curso:** Autorização de curso de Psicologia. Destaques: a) Não há documento que comprove a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não permite assegurar absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); d) O corpo docente informado, para os dois primeiros anos do curso, corresponde a 10 professores, dos quais apenas 01 professor está contratado em regime integral e possui o título de doutorado. Os demais professores, mestres e especialistas, estão contratados em regime parcial e hora/aula, o que não permite o acompanhamento dos alunos, considerando o curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados, além de não assegurar atividades de pesquisa e extensão; e e) Em se tratando do número de vagas para o período noturno (60), não há como garantir, ao aluno, a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno. Parecer final: insatisfatório. 6) **Referência:** Processo nº 201206298. **Interessado:** Faculdade Talles de Miletó-Sede Dragão do Mar. Município de Fortaleza. **Curso:** Autorização do curso de Psicologia. Destaques: a) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27) da Lei 8080/90; b) Não há referência à participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90, o que não assegura a integração com o sistema local de Saúde e uma formação do egresso dentro dos princípios e diretrizes do SUS; c) A IES menciona como campos de prática o Serviço de Psicologia Integrada (SEPI), ainda a ser implantado e, clínicas, hospitais, ONGs e demais instituições, públicas ou privadas, mas não especifica quais são essas instituições, tampouco inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); d) Os avaliadores verificaram que o estágio curricular básico não está formalizado e não está descrito as atividades que serão desenvolvidas e o estágio curricular supervisionado específico está formalizado de maneira insuficiente, considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, previsão de convênios, além da forma de apresentação está descrita de maneira insatisfatória, não contemplando as duas ênfases propostas, orientação, supervisão e coordenação; e) Não há referência à participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005. A

1697 mesma só ocorre a partir do 7º período, segundo PPC da IES disponibilizado no sistema e-MEC; f) O  
1698 número de vagas oferecido para o período noturno (100 vagas), não garante ao egresso a utilização da  
1699 rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução CNS  
1700 Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; g) Embora o corpo docente informado (15  
1701 professores) se refira aos dois primeiros anos do curso, o mesmo não permite o acompanhamento dos  
1702 alunos, o curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados, além de não assegurar  
1703 atividades de pesquisa e extensão, se levar em conta o número de vagas ofertado (200 vagas) e o  
1704 número de professores contratados em regime integral, que corresponde a 02 (01 doutor e 01 mestre).  
1705 Parecer final: insatisfatório. 7) **Referência:** Processo nº 201210950. **Interessado:** Faculdade Anglo-  
1706 Americano de Chapecó, Município de Chapecó/SC. **Curso:** Autorização do curso de Psicologia.  
1707 Destaques: a) Segundo o PPC da IES, o corpo docente informado é composto por 09 Não há  
1708 documento que comprove a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES  
1709 e a e as Secretarias Municipais de Saúde do Polo Regional, para utilização da rede de serviços  
1710 instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei  
1711 8080/90); b) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC,  
1712 conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c)  
1713 A IES não menciona os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos  
1714 alunos, física e numericamente, o que não permite assegurar absorção nos cenários de prática da rede  
1715 SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); d) Segundo o  
1716 relatório do INEP (24/07/2013), os avaliadores constataram que a IES avaliada tem apenas 03 anos de  
1717 seu credenciamento e nesse período mudou 03 vezes de Mantenedor, sendo que os atuais  
1718 mantenedores adquiriram a Instituição em Fevereiro de 2013. Constatou-se, também, que a solicitação  
1719 de autorização do curso de Psicologia foi protocolada no sistema e-MEC, pela antiga direção, sendo  
1720 que apenas partes do PPC e de informações necessárias para o trabalho da comissão foram  
1721 encontrados no sistema e-MEC, o que levou os avaliadores a considerar o PPC e os documentos  
1722 apresentados pela IES no ato da visita in loco, bem como a relação dos docentes; e) Segundo o PPC  
1723 da IES, o corpo docente informado é composto por 09 professores: 01 doutor contratado em regime  
1724 parcial; 07 mestres, sendo 02 contratados em regime integral, 04 contratados em regime parcial e 01  
1725 contratado em regime hora/aula e 01 especialista contratado em regime parcial. No entanto, o relatório  
1726 do INEP (24/07/2013), traz outra relação de professores, que segundo os avaliadores, foi apresentada  
1727 durante a visita in loco e que difere do número apresentado anteriormente. Nessa relação estão 11  
1728 professores distintos da lista original. Existem 01 doutor e 01 especialista a mais. Não está definido o  
1729 regime de trabalho de nenhum deles, mas, de qualquer forma, esse número de docentes não permite o  
1730 acompanhamento dos alunos, considerando o curso como um todo, o estágio básico e os  
1731 supervisionados, além de não assegurar atividades de pesquisa e extensão; f) Em se tratando do  
1732 número de vagas para o período noturno (100), não há como garantir, ao egresso, a utilização da rede  
1733 pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº  
1734 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; g) Há referência à participação do aluno, na  
1735 comunidade, a partir do 3º semestre do curso, contemplando o que preconiza a Resolução Nº  
1736 350/2005; e h) A IES não apresenta acúmulo de experiência na área da saúde, pois não oferece  
1737 nenhum outro curso. Parecer final: insatisfatório. 8) **Referência:** Processo nº 201210353. **Interessado:**  
1738 Faculdades Integradas de Bauru. Município de Bauru/SP. **Curso:** Autorização do curso de Psicologia.  
1739 Destaques: a) O Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Bauru pretende oferecer 60 vagas,  
1740 para o período noturno; b) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre  
1741 a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da rede de serviços  
1742 instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei  
1743 8080/90); c) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC,  
1744 conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; d) A  
1745 estrutura curricular prevista apresenta fragilidades, contemplando de maneira insuficiente os  
1746 parâmetros estabelecidos neste instrumento e nas DCNs, para os cursos de graduação em Psicologia.  
1747 Os avaliadores apontam que a mesma apresenta um caráter confuso na organização das ênfases  
1748 curriculares. Destacou-se, também, a elevada carga horária de estágios e atividades complementares  
1749 (35% do total da carga horária proposta), consistindo em desproporção e inadequação na relação entre  
1750 teoria e prática. Observou-se aspectos de incongruência na organização e ordem de conteúdos do  
1751 núcleo comum: como exemplo, a disciplina Psicologia Social, em geral, pré-requisito e fundamentação  
1752 para disciplinas de processos grupais, aparece depois destas; e) Os conteúdos curriculares previstos  
1753 são insuficientes para o desenvolvimento do perfil do egresso proposto no PPC. Em especial, entre  
1754 outros aspectos, merece destaque a ausência de conteúdos e/ou disciplinas referentes à Psicologia  
1755 Escolar/Educacional, constantes nos eixos estruturantes estabelecidos nas DCNs para os cursos de  
1756 graduação em Psicologia. Embora as ênfases propostas no PPC não contemplem a área educacional,  
1757 tal campo de pesquisa e intervenções, consolidado na profissão, tem caráter transversal, sendo  
1758 indispensável ao psicólogo, em quaisquer campos de trabalho em que venha a atuar (atendimento  
1759 clínico infantil, saúde mental na infância, psicologia comunitária e assistência social junto a populações

1760 em situação de vulnerabilidade e risco social, apenas para citar exemplos mais evidentes); f) A  
1761 regulamentação constante no PPC e demais documentos institucionais referentes aos estágios não  
1762 define a quantidade de estagiários por grupo de supervisão e supervisor, sendo, portanto, insuficiente  
1763 para garantir, em uma análise sistêmica e global, a organização, a qualidade e o acompanhamento das  
1764 práticas previstas; g) A IES não menciona campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento  
1765 e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos cenários de prática  
1766 da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); h) O corpo  
1767 docente informado é composto por 11 professores, dos quais 03 doutores e 02 mestres estão  
1768 contratados em período integral, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos, o curso  
1769 como um todo, o estágio básico e os supervisionados e atividades de pesquisa e extensão; i) O  
1770 número de vagas oferecido para o período noturno (60 vagas), não garante ao egresso a utilização da  
1771 rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem, conforme preconiza a Resolução CNS  
1772 Nº 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; j) A participação do aluno, na comunidade,  
1773 ocorre a partir do 4º semestre, não contemplando o que preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; e k)  
1774 A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 218, o que indica  
1775 uma avaliação abaixo de 50%. Parecer final: insatisfatório. **9) Referência:** Processo nº 201216643.  
1776 **Interessado:** Faculdade de Getúlio Vargas. Município de Getúlio Vargas/RS. **Curso:** Autorização do  
1777 curso de Odontologia. O Curso de Odontologia da Faculdade de Getúlio Vargas pretende ofertar um  
1778 total anual de 120 vagas, 60 vagas semestrais, sendo assim distribuídas: 30 vagas para o período  
1779 matutino e 30 no período noturno. Destaques: a) Não há referência ao Termo de Convênio ou Termo  
1780 de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Polo Regional, para utilização  
1781 da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único  
1782 do artigo 27 da Lei 8080/90); b) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na  
1783 construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27  
1784 da lei nº 8080/90; c) Há referência à presença do aluno, na comunidade, apenas a partir do curso 7º  
1785 semestre, não contemplando o que preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; d) A IES não menciona  
1786 os campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e  
1787 numericamente, o que não permite assegurar absorção nos cenários de prática da rede SUS  
1788 (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) Segundo os avaliadores  
1789 do INEP, entre os dados inseridos pela IES no sistema e-MEC e os documentos verificados “in loco”,  
1790 foram encontradas incoerências no dimensionamento da carga horária do curso; f) O corpo docente  
1791 informado, para os primeiros anos do curso, corresponde a 09 professores, dos quais apenas 03 estão  
1792 contratados em regime integral. Desses 03, 02 são doutores e 01 é mestre, o que pode não permitir o  
1793 acompanhamento dos alunos considerando o curso como um todo, o estágio básico e os  
1794 supervisionados, além de não assegurar atividades de pesquisa e extensão; g) Em se tratando do  
1795 número de vagas (30) oferecido para o período noturno, o mesmo não garante ao egresso a utilização  
1796 da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem conforme preconiza a Resolução Nº  
1797 350/2005, já que a mesma funciona em horário diurno; h) Em que pese a avaliação 4, do INEP, para o  
1798 curso de Odontologia, foi constatado que os itens do relatório referentes à integração do curso com o  
1799 Sistema local e regional de Saúde com o SUS, que refletem os indicadores contínuos da Resolução  
1800 CNS Nº 350/2005, foram avaliados com NSA (Não se Aplica) a curso de Odontologia, somente a  
1801 cursos de Medicina; e i) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES)  
1802 igual a 224, o que indica uma avaliação abaixo de 50%. Parecer final: insatisfatório. **10) Referência:**  
1803 Processo nº 201210592. **Interessado:** Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora. Município de  
1804 Macaé/RJ. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. O Curso de Psicologia da Faculdade  
1805 Salesiana Maria Auxiliadora oferece um total anual de 100 vagas, sendo 50 vagas para o período  
1806 matutino e 50 vagas para o período noturno. Destaques: a) Não há referência ou documentação  
1807 comprobatória, disponibilizada no sistema e-MEC à assinatura de Termo de Convênio ou Termo de  
1808 Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais do Polo Regional para utilização da rede de  
1809 serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27  
1810 da Lei 8080/90); b) Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC,  
1811 conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005; c) Não há referência à participação do  
1812 aluno, na comunidade, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A  
1813 IES não menciona os campos de prática no Sistema local e regional de Saúde Pública do SUS, e não  
1814 inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não  
1815 assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do  
1816 Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) Embora tenha sido verificado que o estágio curricular supervisionado  
1817 careça de maior número de convênios e estruturação mais clara e consistente, os avaliadores afirmam  
1818 que o mesmo propicia aos alunos gama rica e variada de práticas profissionais em Psicologia,  
1819 atingindo, em uma análise sistêmica e global, um padrão de qualidade; f) O número de vagas oferecido  
1820 no período noturno (50 vagas), não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como  
1821 campo de prática e aprendizagem, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma  
1822 funciona em horário diurno; g) O corpo docente informado (17 professores) possui apenas 01 professor

1823 doutor contratado em regime integral. Os demais (15 mestres e 01 especialista), 02 mestres estão  
1824 contratados em regime integral. O restante está contratado em regime parcial e hora/aula, o que não  
1825 permite o acompanhamento dos alunos (200) considerando o curso como um todo, o estágio básico e  
1826 os supervisionados, além de não assegurar atividades de pesquisa e extensão; h) Embora a nota do  
1827 relatório do INEP tenha sido 4, para o curso de Psicologia, o mesmo não passou por uma avaliação  
1828 formal para a construção do seu IGC (ENADE, CPC e nota CAPES), além do que, foi constatado que  
1829 os itens do relatório referentes à integração do curso com o Sistema local e regional de Saúde com o  
1830 SUS, que refletem os indicadores contínuos da Resolução CNS Nº 350/2005, foram avaliados com  
1831 NSA (Não se Aplica) a curso de Psicologia, somente Medicina; e i) A IES apresenta um IGC (que  
1832 corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 207, o que indica uma avaliação abaixo de 50%.  
1833 Parecer final: insatisfatório. Concluída a apresentação, o coordenador da mesa colocou em apreciação  
1834 os pareceres insatisfatórios. **Deliberação: aprovados, em bloco, os pareceres insatisfatórios com**  
1835 **quatro abstenções.** Em seguida, a coordenadora da CIRH apresentou o parecer favorável sem  
1836 recomendação. 1) **Referência:** Processo nº 201210096. **Interessado:** Faculdade Especializada na  
1837 Área de Saúde do Rio Grande do Sul. Município de Passo Fundo/RS. **Curso:** Reconhecimento do  
1838 curso de Odontologia. O Curso de Odontologia da Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio  
1839 Grande do Sul oferece um total anual de 100 vagas para o período integral. Destaques: a) Há  
1840 referência e documentação comprobatória do Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a  
1841 IES e a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, para utilização da rede de serviços instalada e  
1842 de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b)  
1843 Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme  
1844 recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; c) Não há  
1845 referência à presença do aluno, na comunidade, desde o início do curso, conforme preconiza a  
1846 Resolução CNS Nº 350/2005; d) Foi verificado que a integração do curso com o Sistema de Saúde  
1847 local e regional e o SUS, está formalizada por meio de convênio com duas Prefeituras e outras escolas  
1848 da região. Esses convênios estão dispostos, sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou  
1849 preceptor não professor do curso, de, no máximo 3, atendendo aos princípios éticos da formação e  
1850 atuação profissional (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) A  
1851 IES menciona como campos de prática a Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo e a  
1852 ORTHOPREV- Assistência Odontológica; f) Embora, de acordo com a Sala de Apoio à Gestão  
1853 Estratégica, o município de Passo Fundo não apresente CEO e Equipes de Saúde Bucal implantadas,  
1854 de acordo com a Prefeitura Municipal de Passo Fundo, existem os CAIS Dr. Luiz Fragomeni, CAIS Dr.  
1855 Ervin Crussius, CAIS Dr. Luiz Augusto Hexsel e CAIS Dr. Cyrio Nacul e Centros de Saúde para  
1856 atendimento da população no que diz respeito a serviços de: cirurgia buço maxilo facial, endodontia,  
1857 pediatria, periodontia e radiologia; g) A estrutura curricular implantada no curso contempla os aspectos  
1858 referentes à flexibilidade e compatibilidade da carga horária total. Comprovou-se a articulação da teoria  
1859 com a prática, desde o primeiro semestre do curso. Apesar dos conteúdos curriculares serem  
1860 organizados de uma forma tradicional, observou-se na *visita in loco* a implantação da  
1861 interdisciplinaridade, ponto enfatizado por alunos e docentes; h) O corpo docente informado  
1862 corresponde a 35 professores, dos quais 08 apresentam doutorado e 02 estão contratados em regime  
1863 integral. No total, além dos doutores, incluindo mestres e especialistas, são 08 professores contratados  
1864 em regime integral dos 35 relacionados, o que permite o acompanhamento dos alunos, considerando o  
1865 curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados, além de assegurar atividades de pesquisa  
1866 e extensão; e i) De acordo com os avaliadores, o número de vagas implantadas atende muito bem à  
1867 dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES. Parecer final: satisfatório.  
1868 Conselheira **Oriana Bezerra Lima** solicitou maiores esclarecimentos sobre o parecer da CIRH  
1869 favorável ao reconhecimento ainda que não haja registro da participação direta dos gestores locais do  
1870 SUS na construção do PPC e não haja referência à presença do aluno, na comunidade, desde o início  
1871 do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,  
1872 coordenadora da CIRH, explicou que o parecer favorável justifica-se pelo fato de a instituição possuir  
1873 projeto pedagógico de qualidade; corpo docente qualificado; e articulação entre pesquisa, extensão e  
1874 ensino, favorecendo o desenvolvimento de curso. Salientou que na renovação de reconhecimento a  
1875 faculdade poderia aperfeiçoar os seus dispositivos de modo a oferecer desejável formação  
1876 contemplando os itens da Resolução nº. 350. Além disso, a Comissão considerou, entre outros, a  
1877 distância do município em relação a outros que possuem faculdade de odontologia e o potencial de  
1878 desenvolvimento da região, além da necessidade de profissionais para atender a demanda local.  
1879 **Deliberação: aprovado o parecer com duas abstenções.** Na sequência, apresentou os pareceres  
1880 satisfatórios com recomendações: 1) Referência: Processo nº 201208913. Interessado: Universidade  
1881 Federal do Acre. Curso: Autorização do curso de Psicologia. O curso proposto localiza-se no município  
1882 de Rio Branco, no Estado do Acre. O Curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre pretende  
1883 ofertar 50 vagas, para o período integral. Destaques: a) Não há referência ao Termo de Convênio ou  
1884 Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Polo Regional, para  
1885 utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região

(Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90). Porém, há que se destacar que, no item 1.20 do relatório do INEP, que trata da integração com o Sistema local e regional de Saúde e o SUS, a informação transcrita é de que esse relação de integração só é “obrigatório para o curso de Medicina” com a indicação de NSA ( não se aplica) para os demais cursos que “não contemplam integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS no PPC”; b) Não há registro da participação direta dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; c) A estrutura curricular proposta para o curso de Psicologia apresenta pouca interdisciplinaridade nos seus conteúdos, de forma que prejudica a formação generalista proposta no PPC, além de não estar, completamente, compatível com os objetivos da IES estabelecidos no PDI, pela ausência de disciplinas essenciais para o cumprimento destes. Em relação aos conteúdos, é informado que o currículo carece de uma análise mais detalhada da sequência dos conteúdos/disciplinas, por exemplo, como no segundo período do curso, onde está prevista a disciplina de Estágio Básico I, cuja ementa exige um conhecimento prévio de metodologia científica, que não foi oferecido ao aluno no período anterior. Entretanto, considera que os objetivos do curso estão bem relacionados ao perfil do egresso, considerando a realidade do mercado local de trabalho remunerado, as necessidades de atuação profissional em geral e, a realidade educacional da cidade e região e esse perfil profissional está descrito de forma suficiente com base nas DCN para os cursos de Psicologia; d) Em relação ao estágio supervisionado, está previsto para ser oferecido nas duas ênfases do curso, mencionadas no item 10, do presente parecer consta no referido relatório (13/08/2013) que a matriz curricular está estruturada de forma que o aluno só possa realizar um desses estágios, o que foi, inclusive, determinado pelo PPC; e) A IES não menciona campos de prática e não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, embora a oferta de vagas seja de apenas 50 alunos com proposta de curso em horário integral, o que pressupõe atividades extra-classe. É importante, ainda, considerar que consta no relatório de visita do INEP que as políticas de extensão estão, suficientemente, descritas no PPC e “propõe a realização de forma paulatina de ações seguindo o previsto no PDI” (Resolução nº 350/2005 e parágrafo único do artigo 27 da lei nº 8080/90); f) O corpo docente informado é composto por 16 professores, dos quais 15 estão contratados em período integral, o que permite o acompanhamento dos alunos, considerando o curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados e atividades de pesquisa e extensão; g) A participação do aluno, na comunidade, ocorre a partir do 2º semestre, contemplando o que preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; e h) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 255, o que indica uma avaliação acima de 50%. Parecer final: satisfatório à autorização do curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005, com recomendações, a serem resolvidas no próximo ciclo avaliativo: a) Apresentação do Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde do Polo Regional, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) Demonstração de que os gestores locais do SUS participaram na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; e c) Comprovação da existência e uso dos campos de prática, incluindo a capacidade de atendimento e disposição dos 50 alunos. Além desses aspectos, a coordenadora da CIRH explicou que a Comissão emitiu parecer favorável por se tratar de uma Universidade pública e apresentou recomendações para os itens que precisam ser resolvidos. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou o prazo para solução das recomendações e foi esclarecida que devem ser resolvidas no próximo ciclo avaliativo. Conselheira **Oriana Bezerra** salientou que é preciso defender formação de qualidade, independente de se tratar de uma IES pública ou privada, a fim de evitar a formação de profissionais despreparados. Além disso, perguntou por que em algumas situações determinados itens são levados em consideração e outros não e, no caso de serem relevantes, defendeu que fossem considerados em todas as situações. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** registrou que é contra a aprovação de parecer satisfatório com recomendações, por entender que pode ser aplicar a todas as situações anteriores. Na sua avaliação, a CIRH, ao avaliar os pedidos, deveria indicar os itens que precisavam ser revisto e a instituição reapresentaria o pedido posteriormente. Também avaliou que há diferença entre os critérios de análise – mais ou menos relevantes – e destacou que o Plenário deveria ter conhecimento desses critérios para considerá-los na apreciação dos pareceres. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, primeiro, lembrou que a emissão de pareceres satisfatórios com recomendações segue determinação anterior do Plenário. Também reiterou que a Comissão utiliza metodologia e critérios definidos na elaboração dos pareceres. Disse ainda que não existe critério mais importante que outro e frisou que a apresentação de documento não é o suficiente para garantia do campo de prática para o aluno. Salientou que a Comissão analisa o processo de um modo geral e o desejável é que o curso atenda as diretrizes curriculares, o perfil epidemiológico e da região em termos de desenvolvimento econômico, educacional e de saúde. Frisou que o peso maior refere-se à necessidade social e regional do curso. Disse que, ao analisar o pedido de uma instituição pública, a Comissão leva em conta as dificuldades e limitações de infraestrutura em relação às

1949 instituições privadas. No caso da universidade federal, informou que a IES dispõe de um hospital  
1950 universitário que é o campo de prática de estágio. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**,  
1951 coordenadora adjunta da CIRH, reiterou que se iniciou uma fase de transição acerca da análise de  
1952 processos, haja vista as mudanças de critérios para abertura de cursos por conta do Programa mais  
1953 Médicos. Disse que a Comissão aprofundaria ainda mais o tema na próxima reunião e traria o assunto  
1954 para o CNS. De todo modo, explicou que a intenção é garantir participação mais efetiva do CNS nesse  
1955 processo com olhar sob a ótica da relevância e da necessidade social. Nessa linha de análise,  
1956 destacou que a CIRH modificou o seu parecer no caso do Vale do Araguaia, após a visita,  
1957 considerando, entre outros aspectos, a importância regional e como a saúde pode trazer  
1958 desenvolvimento regional. Conselheiro **Nelson Mussolini** fez referência à mudança do parecer (de  
1959 insatisfatório para satisfatório), no caso do Vale do Araguaia, após visita e perguntou se o CNS não  
1960 estaria cometendo equívoco em relação aos pedidos que tiveram parecer desfavorável e não houve  
1961 visita do Conselho. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez referência ao pedido da Universidade  
1962 federal para avaliar que um dos requisitos para parecer satisfatório refere-se ao fato de não possuir  
1963 curso na região. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH, acrescentou que a  
1964 Resolução nº. 350 determina, no que se refere à relevância social do curso, a superação da  
1965 predominância da lógica de mercado na educação superior, estabelecendo-se a preferência para a  
1966 abertura de cursos públicos. Conselheira **Oriana Bezerra** disse que é preciso aprofundar o debate  
1967 sobre os critérios para emissão de pareceres. Após essas ponderações, a coordenadora da CIRH  
1968 passou à apresentação do último parecer satisfatório com recomendação: 2) **Referência:** Processo nº  
1969 201306606. **Interessado:** Centro Universitário Augusto Motta. **Curso:** Reconhecimento do curso de  
1970 Psicologia. A IES localiza-se no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro e o Curso de  
1971 Psicologia do Centro Universitário Augusto Motta oferece um total anual de 200 vagas, sendo 100  
1972 vagas para o período matutino e 100 vagas para o período noturno. Destaques: a) Há referência à  
1973 assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e instituições que, segundo  
1974 o PPC, configuram campos propícios para utilização da rede de serviços instalada e de outros  
1975 equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90), mas não há  
1976 nenhuma documentação que comprove esses convênios; b) Não há registro da participação dos  
1977 gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº  
1978 350/2005; c) Não há referência à participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso,  
1979 conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A IES menciona os campos de prática, mas não  
1980 inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que não  
1981 assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do  
1982 Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) A IES menciona o acompanhamento dos alunos nos campos de  
1983 estágios por preceptores, prática esta que é inapropriada ao processo de formação, pois fere os  
1984 princípios de supervisão de estágios pelo corpo docente da IES; f) O número de vagas oferecido no  
1985 período noturno (100 vagas) não garante ao egresso a utilização da rede pública instalada, como  
1986 campo de prática e aprendizagem, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005, já que a mesma  
1987 funciona em horário diurno; g) O corpo docente informado (25 professores) possui 14 professores  
1988 doutores, dos quais apenas 02 estão contratados em regime integral. Os demais doutores estão  
1989 contratados em regime parcial e hora/aula, o que pode não permitir o acompanhamento dos alunos,  
1990 considerando o curso como um todo, o estágio básico e os supervisionados, além de não assegurar  
1991 atividades de pesquisa e extensão; h) Existe o Comitê de Ética implantado e funcionando, tendo sido  
1992 homologado pela CONEP; e i) A IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota  
1993 CAPES) igual a 222, o que indica uma avaliação abaixo de 50%. Parecer final: satisfatório ao  
1994 reconhecimento do curso de Psicologia do Centro Universitário Augusto Motta, com base em análise à  
1995 luz da Resolução CNS Nº. 350/2005, com recomendações, a serem resolvidas no próximo ciclo  
1996 avaliativo, a saber: a) Registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC,  
1997 conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005; e b) Demonstrar a participação do aluno na  
1998 comunidade, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005. **Concluída a  
1999 apresentação, conselheiro Geordeci Menezes de Souza colocou em apreciação os dois  
2000 pareceres satisfatórios com recomendações relativos à Universidade Federal do Acre  
2001 (autorização do curso de Psicologia) e Centro Universitário Augusto Motta (reconhecimento do  
2002 curso de Psicologia). Deliberação: aprovados os dois pareceres com cinco votos contrários e  
2003 quatro abstenções.** Conselheira **Oriana Bezerra Lima** declarou o seu voto contrário à aprovação dos  
2004 pareceres satisfatórios com recomendações. Em seguida, conselheiro **Renato Almeida de Barros**  
2005 interveio para arguir o art. 200 da CF, § 3º, ordenar a Política de Recursos Humanos para o SUS  
2006 lembrando que esse é o real papel da CIRH. Portanto, manifestou preocupação com o fato de a  
2007 Comissão centrar-se apenas na emissão de pareceres. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
2008 Presidente do CNS, lembrou que a proposta é realizar debate de concepção e método de análise e  
2009 papel da CIRH na reunião ordinária do mês de fevereiro. **Deliberação: pautar debate sobre o papel  
2010 da CIRH e concepção da Comissão.** Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da  
2011 CIRH/CNS, explicou que, devido ao avançado da hora, não seria possível apresentar uma devolutiva

2012 sobre a participação da CIRH no Fórum Global de Recursos Humanos. Explicou que havia  
2013 preocupação acerca da Carta de Recife, aprovada no Fórum, e salientou que o governo brasileiro foi  
2014 signatário do documento. Como encaminhamento, propôs, na devolutiva do Fórum, garantir a  
2015 participação da SGTES e outros que coordenaram o processo. **Encaminhamento: pautar devolutiva**  
2016 **do Fórum Global de Recursos Humanos, assegurando a participação da SGTES e outros que**  
2017 **coordenaram o processo.** Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** solicitou que a SGTES  
2018 também seja convidada a fazer devolutiva sobre o Seminário de Regulação do Trabalho em Saúde,  
2019 realizado em agosto de 2013, lembrando que o relatório não havia sido entregue. Além disso, ressaltou  
2020 que o FENTAS não concorda com a precarização, privatização e apoio ao terceiro setor, questões  
2021 contempladas na Carta de Recife. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, coordenadora adjunta da  
2022 CIRH, lembrou que o CNS, por meio da CIRH, realizará uma pesquisa sobre o perfil dos trabalhadores  
2023 e trabalhadoras da saúde no Brasil e no dia 12 de dezembro de 2013, das 14h às 17h, seria realizada  
2024 audiência para preparar o edital de convocação de instituições e universidades interessadas em  
2025 participar. Disse que será incluído informe no site do CNS e as instituições serão comunicadas. Com  
2026 esse informe, a mesa encerrou o debate. Antes de proceder ao próximo item da pauta, o Plenário  
2027 decidiu definir a coordenação adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS.  
2028 **COORDENAÇÃO ADJUNTA DA CONEP** – Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
2029 coordenador da CONEP/CNS, explicou que o Plenário deveria indicar, entre os representantes do CNS  
2030 na CONEP, um nome para assumir a coordenação adjunta da CONEP. Lembrou que, na reunião  
2031 anterior, dois candidatos apresentaram-se - conselheira Francisca Rêgo Oliveira de Araújo e  
2032 conselheiro Nadir Francisco do Amaral – portanto, sugeriu que fosse feita consulta aos Fóruns se as  
2033 candidaturas estavam mantidas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que o FENTAS  
2034 mantinha a indicação da conselheira Francisca, por conta do trabalho nessa área e porque um usuário  
2035 já estava na coordenação da Comissão. Conselheira **Mariana Batazza Freire** manteve o pleito do  
2036 conselheiro Nadir Francisco para a coordenação adjunta da CONEP. Conselheiro **Eni Carajá Filho**  
2037 sugeriu que o Plenário aprovasse, por consenso, a indicação de um representante dos trabalhadores  
2038 para a coordenação adjunta da CONEP uma vez que o coordenador da Comissão era um usuário.  
2039 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, avaliou que o Plenário deveria votar os  
2040 candidatos, conforme determina o Regimento Interno do CNS. Seguindo esse encaminhamento, a  
2041 mesa colocou em votação o nome dos dois candidatos: 1) conselheira Francisca Rêgo Oliveira de  
2042 Araújo. 14 votos. 2) conselheiro Nadir Francisco do Amaral. **17 votos. Deliberação: aprovada, por**  
2043 **maioria, a indicação do conselheiro Nadir Francisco do Amaral para coordenação adjunta da**  
2044 **CONEP. Duas abstenções.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** registrou o seu protesto diante  
2045 da forma como a votação foi encaminhada. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** lembrou  
2046 que, na definição da coordenação da CIRH, a candidata do governo retirou a sua candidatura, em  
2047 nome do consenso, portanto, era legítima a definição de acordo na definição da coordenação da  
2048 CONEP. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, lembrou que, no caso da  
2049 CONEP, nenhum dos candidatos retirou sua candidatura. Conselheira **Jouhanna do Carmo Menegaz**  
2050 declarou que se absteve da votação e avaliou que a escolha das coordenações não deve pautar-se  
2051 pelo segmento ao qual o candidato faz parte, mas sim pela condição de o conselheiro desempenhar a  
2052 sua tarefa. **ITEM 7 – RESOLUÇÕES DO CNS NÃO HOMOLOGADAS** - Apresentação: conselheira  
2053 **Eliane Aparecida da Cruz**, Chefe de Gabinete do MS. Coordenação: conselheiro **Carlos Alberto**  
2054 **Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** iniciou a sua fala listando  
2055 as resoluções do CNS homologadas: 1) Resolução nº 467, de 11 de abril de 2013 – propõe diretrizes a  
2056 serem consideradas pelo Ministério da Saúde para o estabelecimento de prioridades para as ações e  
2057 serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 da  
2058 União. Justificativa: homologa por estar em consonância com a Lei Complementar nº. 141. 2)  
2059 Resolução nº 465, de 12 de dezembro de 2012 – solicita ao Ministério da Saúde a criação de dotação  
2060 específica na programação orçamentária de 2013, para a realização de despesas decorrentes da  
2061 compensação dos restos a pagar prescritos e/ou cancelados em 2012, nos termos estabelecidos pela  
2062 Lei Complementar nº 141, no parágrafo 2º do artigo 24. Justificativa: homologada por estar em  
2063 consonância com a Lei Complementar nº. 141. Sobre a Resolução nº 462, de 8 de novembro de 2012,  
2064 que trata do Piso Variável de Vigilância em Saúde relacionada ao Incentivo para as ações de DST/Aids  
2065 e Hepatites Virais, disse que a SVS propõe novo item com a seguinte redação: “Recolocar para as  
2066 secretarias estaduais e municipais que garantam a manutenção das ações programadas, incluindo o  
2067 apoio e a organização da sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e apoio a  
2068 pessoas vivendo com HIV/AIDS e Hepatites Virais”. Além disso, listou as Resoluções do CNS não  
2069 homologadas: Resolução nº 455, de 12 de julho de 2012 (aprovada com novo texto e novo número na  
2070 240ª RO) - Resolução nº 464, de 12 de dezembro de 2012 – Ementa: que o Ministério da Saúde,  
2071 imediatamente, tome medidas legais cabíveis nas situações nas quais houver desrespeito das  
2072 decisões formais dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde em relação ao uso dos recursos  
2073 oriundos da esfera federal; Resolução nº. 449/2011 - Transferência regular e automática dos recursos  
2074 efetivamente arrecadados para o Fundo Nacional de Saúde; 456/2012 - que o Ministério da Saúde

2075 participe da construção de ato normativo previsto na Emenda Constitucional nº 63, de 4 de fevereiro de  
2076 2010, para estabelecer o piso salarial profissional nacional e elabore as diretrizes para o plano de  
2077 carreira dos Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate às Endemias, Agentes  
2078 Comunitários de Saúde Indígena e Agentes Indígenas de Saneamento, com definição de jornada de  
2079 trabalho de acordo com a legislação, metas dos serviços e das equipes, estabelecimento de critérios  
2080 de progressão e promoção, modelos e instrumentos adequados de avaliação; 458/2012 - I - Reafirmar  
2081 seu posicionamento contra a EBSERH; e II- Deliberar que o Ministério da Saúde garanta o  
2082 financiamento e a força de trabalho necessários ao pelo funcionamento dos Hospitais Universitários  
2083 Federais.; 463/2012 – 1) Deliberar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, responsável  
2084 pela regulamentação da relação entre operadoras de plano de saúde, prestadores de serviço e  
2085 usuários, normalize a oferta da acupuntura, em seu formato multiprofissional, incluindo os profissionais  
2086 de nível superior que prestam serviço à assistência suplementar com especialidade em Acupuntura,  
2087 reconhecida pelos seus respectivos Conselhos Federais (Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Cirurgiões  
2088 Dentistas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Psicólogos e Nutricionistas), no  
2089 quadro de profissionais credenciados pelas empresas de planos e seguros, de acordo com o que prevê  
2090 a legislação em vigor, Portarias do Ministério da Saúde nº 971, de 03 de maio de 2006 e a nº 154, de  
2091 18 de março 2008. 2. Deliberar que ao implementar políticas ou programas de saúde referentes às  
2092 práticas integrativas e complementares em saúde, em especial com a oferta de ações e serviços de  
2093 acupuntura, que a contratação de profissionais sejam por meio de concurso público ou outros, de  
2094 forma multiprofissional, em todos os níveis de assistência, de acordo com o preconizado pela Política  
2095 Nacional de Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. Sobre essas  
2096 resoluções, sugeriu trazer os pareceres jurídicos para a Mesa Diretora do CNS para serem enviados  
2097 aos conselheiros e reservar espaço na pauta da próxima reunião do CNS para que a CONJUR  
2098 apresente os pareceres jurídicos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** flou sobre a Resolução nº.  
2099 462/2012, explicando que, ao ser aprovada no Plenário do CNS, a Resolução foi desmembrada em  
2100 duas – uma recomendação sobre avaliação da epidemia de AIDS no Brasil e resolução sobre a  
2101 utilização financeira dos recursos para a AIDS. Destacou que, ao longo dos últimos dez anos, os  
2102 recursos repassados fundo a fundo para a AIDS não foram utilizados, acumulando-se nas contas dos  
2103 Estados e Municípios. Portanto, a resolução definia que os recursos para DST AIDS deveriam ser  
2104 utilizados sem desvio de finalidade. Disse que a proposta de redação apresentada pela SVS não  
2105 atende aos motivos da resolução, uma vez que não trata dos recursos parados nas contas dos  
2106 Estados e Municípios. Explicou que a resolução foi objeto de debate na reunião da Comissão de AIDS,  
2107 realizada no mês de novembro de 2013, mas não foi possível chegar a consenso. Como  
2108 encaminhamento, defendeu a manutenção do texto original da resolução e o não acatamento do  
2109 parecer do MS. Diante das falas paralelas, conselheiro **Nelson Mussolini** consignou em ata a  
2110 necessidade de respeitar os conselheiros que estavam intervindo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
2111 **Santos** sugeriu remeter a Resolução nº. 462/2012 e o parecer do Ministério da Saúde à Comissão de  
2112 AIDS para avaliação e apresentação de subsídios para nortear a deliberação do Plenário do CNS, na  
2113 reunião ordinária do mês de fevereiro de 2014. Conselheira **Maria Socorro de Souza**, Presidente do  
2114 CNS, primeiro, destacou a importância da homologação da Resolução nº. 467/2013, dada a sua  
2115 relevância. Também manifestou preocupação com a baixa execução das ações de vigilância em  
2116 saúde, sobretudo nos municípios e solicitou que a COFIN promova debate a respeito e aponte o papel  
2117 da vigilância. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** interveio para solicitar espaço para debate da  
2118 Resolução nº. 458. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que a Comissão de AIDS debateu a  
2119 Resolução nº. 462/2012, inclusive com o parecer do MS, mas não houve acordo sobre o  
2120 encaminhamento porque a representação dos gestores defendeu a alteração sugerida pela SVS.  
2121 Também lembrou que o texto da Resolução foi aprovado em novembro de 2012, com o intuito também  
2122 de evitar pactuação, que aconteceu no mês de maio, assegurando a utilização dos recursos para DST  
2123 AIDS em qualquer ação de vigilância em saúde. Salientou que, quanto mais adiar a definição sobre a  
2124 resolução, o recurso será gasto em outras ações de vigilância e não em DST AIDS. Conselheira **Eliane**  
2125 **Aparecida da Cruz** explicou que a Resolução nº. 455 foi aprovada em 12 de julho de 2012 e a  
2126 Consultoria Jurídica emitiu parecer datado de 10 de outubro de 2012. Na 240ª RO, o Plenário debateu  
2127 e acatou o parecer jurídico e, como encaminhamento, decidiu elaborar novo texto (Resolução nº. 464 –  
2128 Enviar ao Ministério da Saúde e a Presidente da República ações que significam o desrespeito a  
2129 decisões emanadas pelos Conselhos de Saúde, para efeito de adoção das medidas legais cabíveis e  
2130 asseguradas na legislação pertinente). Disse que a proposta é, considerando os pareceres jurídicos  
2131 acerca das Resoluções nºs. 455 e 464, reescrever novo texto com o intuito inicial de valorizar as  
2132 denúncias de Estados e Municípios e assegurando cobrança acerca das decisões do CNS não  
2133 implementadas. Sobre a Resolução nº. 462, avaliou que é necessário dialogar novamente com a  
2134 SVS/Ministério da Saúde para tentar chegar a consenso. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
2135 Presidente do CNS, disse que a centralidade do problema refere-se a não aplicação do recurso para  
2136 vigilância ou desvio de finalidade na aplicação desse recurso. Desse modo, propôs que COFIN e  
2137 DENASUS verifiquem por que o orçamento destinado à vigilância não está sendo executado e que o

2138 tema seja pauta na CIT. Nessa linha, disse que a Resolução é importante porque demarca posição,  
2139 mas é insuficiente para resolver o problema – a vigilância está relegada a segundo plano. Conselheiro  
2140 **José Eri de Medeiros** explicou que, historicamente, as ações relativas à AIDS não estavam  
2141 contempladas nas ações de vigilância em saúde, portanto, é preciso verificar se essas ações agora  
2142 estavam contempladas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que o questionamento refere-se  
2143 a não utilização de recursos para as ações de DST/Aids, o que repercute no avanço da epidemia no  
2144 país. No mais, concordou com a proposta de aprofundar o debate sobre a Resolução nº. 462 na  
2145 próxima reunião do CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, sobre a Resolução nº. 462, propôs  
2146 buscar a opinião da SVS, lembrando que a não execução de recursos ocorre em outras áreas. Em  
2147 relação às demais resoluções, sugeriu pautar na Mesa Diretora do CNS e, na reunião ordinária do  
2148 CNS do mês de fevereiro, pautar o debate daquelas com parecer jurídico. Também lembrou que,  
2149 anteriormente, apresentara justificativas de mediação e, no caso da Resolução nº. 463, reiterou a  
2150 proposta de pautar na Câmara de Saúde Suplementar, assegurando a participação de um grupo para  
2151 defender a proposta. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que, em  
2152 relação à Resolução 455/464 seriam considerados argumentos para nova formulação. Também  
2153 perguntou quais Resoluções, além da 456 e da 458, teriam as justificativas levadas para apreciação na  
2154 Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que estavam em pauta as  
2155 Resoluções nºs 449, 455, 456, 458, 462, 463, 464, 465 e 467 e a proposta é, na próxima reunião da  
2156 Mesa Diretora do CNS, do mês de fevereiro de 2013, pautar aquelas com parecer jurídico.  
2157 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que as Resoluções seriam  
2158 apresentadas na Mesa Diretora do CNS e, no caso daquelas com posicionamento e consenso do  
2159 Plenário, não haveria alteração do mérito, sendo verificadas outras possibilidades de se trabalhar.  
2160 Sobre a Resolução relativa à ANS, lembrou que uma conselheira nacional participava da Câmara de  
2161 Saúde Suplementar e poderia tratar do tema naquele espaço. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**  
2162 explicou que a proposta é, ao invés de tratar a 463 como Resolução, definir um grupo para tratar do  
2163 mérito (tema) na Câmara de Saúde Suplementar. No caso da resolução sobre o Piso, explicou que há  
2164 vício de iniciativa no projeto de lei, portanto, a resposta jurídica será burocrática. Assim, disse que a  
2165 melhor saída seria pautar como está esse debate e trazer o que ocorreu nos últimos dias. Disse que há  
2166 resoluções relativas a contexto político como a 422 e, em alguns casos, há contradição entre governo e  
2167 sociedade. Destacou que apresentaria as resoluções e os pareceres na reunião da Mesa Diretora para  
2168 definir o que poderia ser debatido. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** fez uma fala para destacar  
2169 a legitimidade das deliberações do Plenário referindo-se a não homologação de resoluções. Para isso,  
2170 disse que será necessário definir encaminhamentos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
2171 Presidente do CNS, lembrou que leis não são cumpridas – prerrogativa do Estado autoritário e o CNS  
2172 não modificará o seu posicionamento e buscará outros caminhos, mesmo sabendo que ações judiciais  
2173 também entram no embate político. Ressaltou que não é apenas o papel deliberativo do Plenário que  
2174 está sendo questionado, mas sim o papel do Estado e da sociedade em definir rumos. Sobre a  
2175 Resolução nº 456/2012, sugeriu transformar em recomendação e enviar ao Congresso Nacional,  
2176 porque o projeto está em tramitação e na eminência de ser aprovada. Todavia, esse encaminhamento  
2177 não impede a continuidade do debate na reunião ordinária do mês de fevereiro de 2014. Conselheiro  
2178 **Carlos Alberto Duarte** discordou da proposta de encaminhamento por entender que retirar uma  
2179 resolução significa fragilizar o poder de deliberação do CNS. Desse modo, sugeriu manter a resolução  
2180 e aprovar uma recomendação para ser encaminhada ao Congresso Nacional. Conselheiro **Ronald**  
2181 **Ferreira dos Santos** identificou dois problemas postos no debate: um jurídico e um político. Este trata  
2182 das decisões conflituosas e necessita de aprofundamento do debate para identificar o conflito e exaurir  
2183 a possibilidade de construção de consenso. Na impossibilidade de consenso, disse que o Plenário  
2184 deveria aplicar o Regimento Interno do CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland** endossou a proposta de  
2185 esgotar a negociação e a possibilidade de construção do consenso político. Nessa linha, endossou a  
2186 proposta de aprovar a recomendação e continuar o debate da resolução, a fim de não perder o tempo  
2187 político desse debate no Congresso Nacional. **Encerradas as inscrições, o coordenador da mesa**  
2188 **submeteu à apreciação do Plenário as seguintes propostas de encaminhamento: 1) transformar**  
2189 **em recomendação a resolução do CNS que defende a definição do piso salarial profissional**  
2190 **nacional e a elaboração das diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de**  
2191 **Saúde, a fim de reiterar a posição do CNS a respeito, considerando o debate desse tema no**  
2192 **Congresso Nacional; e 2) retomar, em fevereiro de 2014, o debate das resoluções não**  
2193 **homologadas, a fim de tomar decisão política sobre essa questão. A proposta 1 foi aprovada**  
2194 **por unanimidade. A proposta 2 foi aprovada com 5 abstenções.** Com esse encaminhamento,  
2195 conselheiro **Carlos Alberto Duarte** encerrou esse item. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
2196 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS** - Apresentação: conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
2197 **Santos**, coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. Diante  
2198 do avançado da hora e da indefinição acerca da LOA, o coordenador da COFIN tratou de dois dos três  
2199 pontos previstos: plano de ação da COFIN e CNS para 2014 e mobilização em torno do Movimento  
2200 Saúde + 10. Começou pelo planejamento da COFIN 2014, justificando que, em 2013, a Comissão

2201 dedicou-se à mobilização para garantia de mais financiamento para saúde. Portanto, disse que o  
2202 planejamento 2014 visava conciliar o processo de mobilização e o papel do CNS no processo de  
2203 monitoramento das políticas. Detalhou que o planejamento propõe: realização de oficinas regionais e  
2204 seminário nacional - Lei nº. 141/2012 (envolver imprensa, lideranças políticas e populares),  
2205 acompanhamento da Campanha dos 25 anos do SUS - direito à saúde, seu financiamento e a  
2206 participação da comunidade; articulação com o Congresso Nacional; produção e apresentação de  
2207 ferramentas de análise financeira; avaliação da execução orçamentária será solicitada a SPO  
2208 mensalmente para monitoramento individual das planilhas pelos integrantes da COFIN, caso  
2209 necessário discussão do item de forma extraordinária na agenda da Comissão; e oficialização,  
2210 formalmente, à Tripartite, CONASS e CONASEMS sobre os critérios de rateio estabelecidos pela Lei  
2211 nº. 141/2012. Detalhou que o calendário das atividades da Comissão é o seguinte: I) 30 de janeiro –  
2212 Prioridades: a) avaliação PPA x PNS; e b) fatores intervenientes que interferem no financiamento da  
2213 saúde. II) 19 e 20 de fevereiro: a) apreciação do RPCQ-MS-3%2013 e, se houver, indicar medidas  
2214 corretivas; e b) análise e deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades do SUS  
2215 que integrarão o PLDO 2015 e a LOA 2015. Destaque do monitoramento individual da execução  
2216 orçamentária mensal. III) 10 e 11 de março: a) discussão e deliberação sobre PLDO 2015; b) oficinas  
2217 ou seminário regionais - Lei 141/2012 (envolver imprensa e lideranças políticas); 25 anos do direito à  
2218 saúde, seu financiamento e a participação da comunidade. Destaque do monitoramento individual da  
2219 execução orçamentária mensal. IV) 23 e 24 de abril: a) RAG 2013; b) avaliação das oficinas regionais  
2220 e o seminário nacional. Destaque do monitoramento individual da execução orçamentária mensal; e c)  
2221 avaliação das execuções orçamentárias executadas pelos estados. V) 29 de maio: a) apreciação sobre  
2222 o RPCQ-MS-1%2014 e indicar medidas corretivas; b) aprofundar o debate sobre os Restos a Pagar  
2223 referente a 30 de abril. Destaque do monitoramento individual da execução orçamentária mensal.  
2224 Junho: não há atividade prevista por conta da Copa do Mundo. VI) 23 e 24 de julho 23 e 24: a)  
2225 apreciação dos parâmetros e das referências internas a serem utilizadas pelo MS na elaboração da  
2226 programação de despesas para a LOA 2015; b) avaliação do LDO 2015-MS em discussão e/ou  
2227 aprovado pelo Congresso Nacional. Destaque do monitoramento individual da execução orçamentária  
2228 mensal. VII) 21 de agosto: a) análise e deliberação sobre o PLOA 2015-MS; b) destaque ao  
2229 monitoramento individual da execução orçamentária mensal. VIII - 18 de setembro: a) apreciação do  
2230 RPCQ-MS-2%2014 e indicar medidas corretivas; b) debate sobre Restos a Pagar; c) análise dos  
2231 programas de governo para o pleito federal quanto ao financiamento da saúde; e d) destaque do  
2232 monitoramento individual da execução orçamentária mensal. IX) 15 e 16 de outubro: a) análise dos  
2233 projetos vitoriosos no pleito eleitoral para o financiamento da saúde; e b) monitoramento individual da  
2234 execução orçamentária mensal. X) 27 de novembro: a) análise das ações legislativas relativas ao  
2235 marco legal referentes ao financiamento da saúde e as perspectivas para a próxima legislatura; e b)  
2236 monitoramento individual da execução orçamentária mensal. 18 de dezembro: a) avaliação do LOA  
2237 2015-MS em discussão e/ou aprovado pelo Congresso Nacional; e b) monitoramento individual da  
2238 execução orçamentária mensal. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** disse que possivelmente seria  
2239 necessário ajustar o calendário por conta dos jogos e de outras agendas e atividades previstas para  
2240 2014. Conselheira **Júlia Maria Roland** solicitou que a Mesa Diretora do CNS realizasse um  
2241 alinhamento do conjunto das propostas de atividades das comissões – seminários, oficinas – a fim de  
2242 definir calendário viável para o CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
2243 parabenizou a COFIN pela proposta de trabalho, por entender que se tratava de uma estratégia  
2244 política. Todavia, lembrou que o Plenário aprovou a realização de ciclos de debate descentralizados e  
2245 concordou que possivelmente seria necessário fazer ajustes para potencializar as ações. Conselheiro  
2246 **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a proposta de realizar atividades regionais estava em  
2247 sintonia com o planejamento do CNS. Acrescentou que a proposta da COFIN é promover debate  
2248 específico nas regiões em torno das questões relacionadas ao financiamento. Conselheira **Ubiraci**  
2249 **Matildes de Jesus** ressaltou a proposta de marcar reunião da Mesa Diretora do CNS com as  
2250 coordenações das comissões do CNS para pactuar ações conjuntas. Conselheiro **Ronald Ferreira**  
2251 **dos Santos** sugeriu que as Comissões apresentassem as suas propostas de atividades à Mesa  
2252 Diretora do CNS para compatibilizar as ações. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** cumprimentou  
2253 a COFIN pelo planejamento, com destaque para a importância da realização dos seminários regionais,  
2254 inclusive com envolvimento dos conselhos estaduais e outros setores. Também manifestou  
2255 preocupação com o volume de temas previstos para a reunião ordinária do mês de fevereiro de 2014 e  
2256 solicitou que a Mesa Diretora do CNS apresentasse uma proposta alternativa. Conselheiro **Carlos**  
2257 **Eduardo Ferrari** cumprimentou a COFIN pela proposta e propôs que as demais comissões do CNS se  
2258 reunissem em janeiro e fevereiro de 2014 para definição de plano de trabalho, em diálogo com a Mesa  
2259 Diretora do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, destacou, além do  
2260 desafio de ajuste de calendário, a necessidade de garantir a articulação entre as comissões e a  
2261 definição de estratégia. Disse que é preciso aprofundar o debate sobre a estratégia proposta pela  
2262 COFIN e não simplesmente aprová-la como calendário, por conta da riqueza da proposição de nova  
2263 dinâmica de trabalho. Diante das intervenções do Plenário, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**

2264 colocou em apreciação o planejamento da COFIN. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o**  
2265 **planejamento da COFIN para 2014.** Em seguida, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** fez um  
2266 informe sobre as ações do Movimento Nacional de Defesa da Saúde Pública. Relatou que, após  
2267 mobilização com a importante participação da FEMAMA, a proposta de orçamento impositivo,  
2268 aprovada no Senado Federal, foi dividida em duas propostas de Emenda Constitucional. A tendência  
2269 era que fosse aprovada na Comissão de Constituição e Justiça o orçamento impositivo e a proposta de  
2270 13% em 2104, chegando a 15% até 2008, desconsiderando a proposta apresentada pelo Movimento.  
2271 Em contrapartida, o Movimento conseguiu aprovar na Comissão Especial um relatório apontando o  
2272 equivalente aos 10% da Receita Corrente Bruta em Receita Corrente Líquida e, na Comissão de  
2273 Seguridade Social, contribuiu para aprovar um projeto do equivalente aos 10%. Contudo, no dia  
2274 anterior, o presidente da Câmara dos Deputados reunificou os dois projetos de Emenda Constitucional.  
2275 Disse que foi noticiada a ideia de não vetar o orçamento impositivo com o compromisso de colocar em  
2276 votação a proposta original do Senado Federal no início de 2014. Diante desse cenário, explicou que a  
2277 proposta é realizar mobilização no Fórum Social Temático, que ocorrerá em Porto Alegre, de 24 a 27  
2278 de janeiro de 2014. Em resposta a esse cenário, fez a leitura da nota intitulada "Congresso Nacional  
2279 ignora que o povo precisa de saúde!" Explicou que a OAB e a CNBB se comprometeram a assinar a  
2280 nota e propôs que as centrais fizessem o mesmo. Explicou que a ideia é aprovar a nota e divulgar no  
2281 site do CNS e das entidades que compõem o Conselho. Após a leitura, foram feitas sugestões de  
2282 ajustes ao texto. **Deliberação: aprovado, com duas abstenções, o mérito da nota. O texto seria**  
2283 **reelaborado incluindo as sugestões dos conselheiros.** O texto final é o seguinte: "Congresso  
2284 Nacional ignora que o povo precisa de saúde! O Congresso Nacional não considera a mobilização  
2285 popular por saúde e manobra para enterrar o PLP 321/2013 que aumenta recursos para a saúde.  
2286 Demonstrando a importância que a saúde pública possui, o Povo Brasileiro reuniu mais de dois  
2287 milhões e cem mil assinaturas para minorar o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde. A  
2288 falta de recursos tem levado dor, sofrimento, angústia, exclusão e, até mesmo, mortes desnecessárias  
2289 a grande contingente da população brasileira. O Conselho Nacional de Saúde e as entidades que  
2290 subscrevem esta nota, representando todas as demais instituições que compõem o Movimento  
2291 Nacional em Defesa da Saúde Pública, depois de todas as mobilizações e negociações realizadas pela  
2292 aprovação do PLP 321/2013 no Congresso Nacional, denunciam o descaso nas respostas e omissões  
2293 das autoridades governamentais sobre o pleiteado, ou seja, a aplicação federal, já no próximo período  
2294 orçamentário, de montante igual ou superior de 10% de suas receitas correntes brutas no SUS. Mais  
2295 uma vez prevalece a lógica de uma Política Econômica distanciada dos interesses públicos e coletivos  
2296 e essencialmente pautada pelos interesses do mercado financeiro. O que está em jogo claramente é  
2297 um descompromisso em garantir a saúde como direito universal, cujo maior beneficiado é o setor  
2298 privado da saúde já que a deficiência do SUS acaba remetendo o povo às alternativas de mercado.  
2299 Ressalta-se ainda o fato de que diversos agentes políticos que disputam o pleito eleitoral têm suas  
2300 campanhas financiadas por empresas financeiras e até operadoras de planos privados de saúde, que  
2301 já contam com persistentes e explícitas propagandas favoráveis nas diversas mídias nacionais. A favor  
2302 das aspirações populares por uma saúde pública de melhor qualidade, hoje frustradas, no próximo ano  
2303 teremos um amplo processo eleitoral para a Presidência da República, para os Governos Estaduais,  
2304 além da renovação do Congresso Nacional e das Assembleias Legislativas. Essa autêntica e viva  
2305 expressão da democracia brasileira representará uma decisão sobre o futuro do sistema de saúde  
2306 nacional, ou seja, a definição dos rumos para o Sistema Único de Saúde - SUS. A vontade popular é  
2307 ter direito à saúde como mostram as diversas pesquisas. Isso ficou manifestado nas assinaturas que  
2308 exigem que 10% das receitas correntes brutas da União sejam destinados à saúde pública. É do  
2309 Governo a responsabilidade de definir e direcionar políticas e ações para atender a esse pleito e ao  
2310 tempo que repudiamos as distorções que alteram o sentido da proposta do Movimento Saúde + 10  
2311 denunciamos que nenhuma das propostas apresentadas em substituição ou apensada ao PLP  
2312 321/2013 é suficiente para atender as necessidades de saúde da população brasileira. Denunciamos  
2313 todas as manobras para neutralizar o PL fruto do Movimento Saúde Mais Dez. A defesa do SUS, tal  
2314 como definido na Constituição Brasileira, está fundamentada no potencial que tem o sistema universal  
2315 de promover justiça social e, quando consolidado, de reverter as desigualdades e as iniquidades em  
2316 saúde. Entretanto concordamos que, a despeito dos inúmeros avanços, o SUS ainda precisa de uma  
2317 longa caminhada para se consolidar tal como foi concebido. Muitos alegam equivocadamente que  
2318 apenas faz falta uma boa gestão do sistema público, mas isso é uma falácia, pois, para avançar e até  
2319 para aperfeiçoar a gestão, o SUS requer financiamento adequado, suficiente e proveniente de fonte  
2320 estável e também requer que estes recursos sejam aplicados de maneira correta e de forma  
2321 transparente. Em última instância, o que pode ser deduzido é que o clamor popular e o peso político  
2322 das assinaturas dos que apoiam o Movimento Saúde + 10 não foram suficientes para orientar as  
2323 decisões do Governo e tampouco induziu uma maioria sólida no Congresso pelo pleito popular. Mais  
2324 que isso, a importante conquista da Democracia brasileira que permite a apresentação de Projetos de  
2325 Lei de Iniciativa Popular ao Poder Legislativo poderá sofrer um recuo que compromete, inclusive,  
2326 iniciativas futuras de fazer valer a vontade do povo. A nossa população não merece tanta

2327 desconsideração e queremos que a necessidade básica e fundamental deste povo seja definitivamente  
2328 priorizada pelo conjunto do Estado, incluindo a sociedade, políticos e todas as instâncias de governo.  
2329 Brasília, 12 de dezembro 2013". **ITEM 9 - BALANÇO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E**  
2330 **AS NOVAS DIRETRIZES PARA ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE AIDS NO BRASIL** -  
2331 **Apresentação:** **Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde/MS; **Fábio Mesquita**,  
2332 Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais/MS; professor da IESC/UFRJ, **Veriano Terto Júnior**,  
2333 representante do Movimento Nacional de luta contra Aids; e **Deborah Carvalho Malta**, Diretora de  
2334 Vigilância de Doenças e Agravos; e professor **Marco Akerman**, Grupo de Promoção da Saúde da  
2335 ABRASCO. Inicialmente, o Secretário de Vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**, fez considerações  
2336 iniciais sobre o processo de revisão da Política de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, a fim de  
2337 contemplar os avanços dos últimos anos. Explicou que havia várias propostas para a elaboração da  
2338 Política e frisou a importância da participação dos conselheiros na primeira fase do processo por meio  
2339 de questionário por meio do link disponibilizado no site do MS  
2340 ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1484](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484)). A diretora de Vigilância  
2341 de Doenças e Agravos, **Deborah Carvalho Malta**, solicitou que fosse disponibilizado lista com  
2342 contatos dos conselheiros nacionais de saúde e presidentes dos conselhos estaduais para que a  
2343 SVS/MS solicitasse contribuições à proposta. professor **Marco Akerman**, Grupo de Promoção da  
2344 Saúde da ABRASCO, explicou que a proposta é apresentar, ao final de 2014, uma nova Política de  
2345 Promoção da Saúde e frisou a importância da participação dos conselheiros nesse processo, desde a  
2346 primeira fase. A diretora de Vigilância de Doenças e Agravos **Deborah Carvalho Malta**, fez uma breve  
2347 apresentação sobre o processo de elaboração da nova Política de Promoção da Saúde. Disse que a  
2348 Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, dialoga com a 8ª Conferência Nacional  
2349 de Saúde, a Carta de Ottawa e a Constituição Federal – SUS e tem por objetivo promover a qualidade  
2350 de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e  
2351 condicionantes. Disse tratar-se de uma iniciativa intrasetorial do MS, aprovada pela CIT e publicada  
2352 pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Detalhou que foram definidos como temas  
2353 prioritários da Política: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do  
2354 tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;  
2355 redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de  
2356 paz; e promoção do desenvolvimento sustentável. Disse que nos últimos o MS implantou a agenda da  
2357 Política e outras ações não previstas. Detalhou que os marcos referenciais para elaboração da nova  
2358 Política são os seguintes: Conferência da Alto Nível ONU – DCNT (2011); Declaração da Conferência  
2359 Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011); Declaração da Conferência Rio + 20 (2012); e  
2360 Declaração da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde - *Saúde em todas Políticas* Finlândia  
2361 (2013). Explicou que a metodologia para revisão da PNPS contempla Consulta FORMSUS - MS  
2362 (DANTPS), profissionais de saúde movimentos sociais, ampliada para Comissão Intergestores  
2363 Regional; realização de Grupo DELPHI – intersetorial, intrasetorial e universidades; oficinas regionais;  
2364 e oficinas de consenso - intrasetorial e intersetorial. Também falou sobre a consulta por questionário  
2365 via FormSUS, explicando que se trata de um questionário sobre as diretrizes, os objetivos, e as  
2366 estratégias existentes na PNPS, com campo para inclusão e identificação de prioridades e consulta  
2367 voltada para gestores, trabalhadores do SUS, CNS e mesas diretoras dos Conselhos Estaduais de  
2368 Saúde. Destacou que o link foi disponibilizado no site do MS  
2369 ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1484](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484)) e solicitou a contribuição  
2370 de todos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** solicitou que a SVS/MS assegure participação  
2371 mais ativa no CNS na definição dessa nova estratégia, por meio das comissões com afinidade direta  
2372 com o tema. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que o CNS  
2373 promoveu reflexões sobre a necessidade de inverter lógicas, práticas e formas de organizar os  
2374 serviços de saúde. Destacou que a sociedade deve apropriar-se do tema, porque boa parte da  
2375 desconfiança em relação ao Sistema se dá por conta da aposta com foco na assistência médico-  
2376 hospitalar. Salientou que é preciso valorizar a pauta da promoção da saúde e o papel da  
2377 vigilância, com apropriação do controle social sobre essa agenda. Avaliou que alguns esforços do MS  
2378 não têm repercussão nas ações dos estados e municípios e citou, por exemplo, que o Ministério  
2379 repassa recursos para os serviços e ações de vigilância aos estados e municípios e não há execução  
2380 desse financiamento ou a aplicação é feita com outros fins. Ressaltou que, para discutir promoção,  
2381 desenvolvimento sustentável e alimentação saudável é preciso tratar de temas como uso de  
2382 agrotóxicos. Nessa linha, manifestou preocupação com fato de o governo ceder à pressão da bancada  
2383 ruralista no que se refere ao uso dessa substância e frisou que a população é a principal prejudicada  
2384 com a utilização dessas substâncias. O Secretário de Vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**, reiterou  
2385 que o MS está iniciando o processo de revisão da Política de Promoção da Saúde, com convite ao  
2386 CNS para participar dessa elaboração, desde o início do processo. Explicou que na primeira etapa  
2387 (virtual) os interessados poderão apresentar sugestões de temas e, em seguida, na etapa de  
2388 participação física serão realizados seminários regionais para aprofundar o debate do tema. Com os  
2389 resultados desses processos, inicia-se a elaboração da proposta. Concordou que é preciso aprofundar

o debate sobre o papel da saúde como liderança de agenda multisectorial e a participação na construção dessas agendas. Também se colocou à disposição para realizar uma oficina com a participação das comissões do CNS e dos conselhos estaduais de saúde para levantar subsídios à elaboração da Política. Por fim, disse que a intenção é concluir a elaboração da Política no final do 1º semestre de 2014. Professor **Marco Akerman** propôs que o CNS indicasse as comissões com maior aproximação do tema e colocou-se à disposição para dialogar e juntos formar um GT para **preparar uma oficina do movimento social para debater a revisão da Política. Encaminhamento: o CNS deverá indicar as comissões com maior aproximação do tema (Política de Promoção da Saúde) e, após diálogo, será constituído GT conjunto CNS/MS para preparar uma oficina do movimento social com vistas a debater a revisão da Política.** Na sequência, o Secretário de Vigilância em Saúde, **Jarbas Barbosa**, falou sobre as novas diretrizes para enfrentamento da epidemia da AIDS no Brasil. Explicou que se iniciou no mundo um debate sobre inovações para o combate do HIV/AIDS e o Brasil, apesar de utilizar todas as estratégias disponíveis, entende que é preciso fazer revisão de modo a incluir o que há de novo nessa área. Disse que estudos demonstram que o tratamento cada vez mais amplo para aquelas pessoas com HIV, mesmo sem comprometimento do sistema imunológico, representa um benefício duplo (para a pessoa e com impacto na transmissão do HIV). Desse modo, salientou que a opção do país é pelo tratamento cada vez mais cedo e o último protocolo publicado determinava a oferta de tratamento mesmo para as pessoas com comprometimento leve do sistema imunológico. Além disso, ressaltou que um dos grandes problemas para alcançar maior eficácia na redução da transmissão refere-se a pessoas com HIV que não sabem do contágio. Diante dessas questões, disse que o comitê de protocolo reuniu-se para padronizar o protocolo de tratamento do HIV no Brasil e debater novo protocolo, assegurando à pessoa com teste positivo a possibilidade de começar o tratamento com antirretrovirais imediatamente. Disse que a proposta de novo protocolo foi colocada em consulta pública e aprovada e a principal mudança refere-se à oferta tratamento a todas as pessoas HIV positivas, independentemente do nível de CD4. Com esse novo protocolo, a expectativa é garantir tratamento para 100 mil pessoas, em 2014. Explicou que, para garantir essa proposta, é preciso ampliar ainda mais os testes de HIV, sífilis e hepatites e, nessa linha, um dos materiais da campanha de 1º de dezembro orienta os profissionais de saúde a estimular as pessoas com vida sexual ativa a realizar teste de HIV. Disse que o Brasil é o terceiro país do mundo a implantar essa proposta e tem condições de tomar essa medida porque assegura ARV para todos os que necessitam, diferente da situação do restante mundo (dos 15 milhões que deveriam estar em tratamento com ARV, apenas 10 milhões tem acesso). Com essa mudança de protocolo, disse que será possível modificar a dinâmica da transmissão do HIV no país, com redução importante e impacto inicial em 2014. Acrescentou que, como parte desse esforço, foi entregue no Rio de Janeiro uma unidade de testagem móvel do HIV AIDS e outras unidades serão entregues para os Estados. Explicou que unidades como essa realizam até 60 testes em uma noite em ambientes como boates, gays e essas unidades podem ir a locais onde profissionais do sexo, prostitutas e travestis se concentram, uma população com dificuldade de ir às unidades de saúde. Disse que a intenção é garantir que as unidades seja um ponto a mais para testagem do HIV AIDS. Também relatou que foi assinada proposta de cooperação interfederativa com o Estado do Rio Grande do Sul, que possui a maior prevalência de HIV (prevalência 5 vezes maior que a média do Brasil). Em seguida, expôs sobre o tema o professor da IESC/UFRJ, **Veriano Terto Junior**, do Movimento Nacional de Luta contra AIDS, que iniciou cumprimentando os presentes e explicando que não apresentaria posição fechada do Movimento. Na sua fala, fez a leitura do documento "AIDS no Rio de Janeiro", de sua autoria, onde relata a dificuldade de um paciente vivendo com AIDS, no Rio de Janeiro, para conseguir tratamento na rede de saúde pública local. Os principais trechos do documento é o seguinte: "Certamente as pessoas vivendo com HIV/AIDS não irão participar da prova oficial de maratona do Rio de Janeiro na Olimpíada de 2016, assim como de uma série de provas e lutas que vários esportes oficiais programados para o grande evento envolvem. No entanto, esperamos que até lá, todos estejam bem para acompanhar de perto a programação, para ajudar na recepção dos visitantes de fora, e participar da festa. Até porque, para chegar até 2016 as pessoas vivendo com AIDS no Rio de Janeiro, já vem enfrentando há alguns anos duras provas e lutas ferozes para ter acesso ao tratamento na rede de saúde pública local e para garantir a continuidade de suas vidas. O caso que relato a seguir, é de mais um destes "maratonistas" doentes de AIDS que percorrem a região metropolitana do Rio em busca de assistência. O caso me foi relatado na noite de 2 de dezembro de 2013 por sua ex-patroa, uma grande amiga, muito comprometida com as causas que dizem respeito à violação da vida e ao sofrimento dos outros. Segundo o que me foi relatado, C. foi diagnosticado soropositivo há quase quinze anos. Durante mais de 10 anos fez o tratamento regular com o uso dos antirretrovirais. Desde o início colegas e empregadores conheciam o seu estado sorológico o que não o impediu de continuar trabalhando pelos anos seguintes. Há alguns meses, no entanto, já não mais trabalhando na pequena empresa da minha amiga, ele a procurou para uma visita, e ela se surpreendeu com a aparência fragilizada e abatida de C e indagou o que estava acontecendo. Ele relatou que há três anos aproximadamente havia abandonado o tratamento com os antirretrovirais. Ela passou a orientá-lo para

2453 regressar ao tratamento. No entanto, há mais ou menos um mês, com o silêncio de C às suas ligações  
2454 e não comparecimento a encontros, ela pediu que um ex-colega de C, fosse até sua casa na Baixada  
2455 Fluminense para ver o que estava acontecendo. Lá chegando, F, o ex-colega, encontrou C muito  
2456 debilitado e com uma série de sintomas preocupantes, então decidiu levá-lo ao Posto de Saúde de  
2457 Belfort Roxo (popularmente conhecido como Hospital do Joca), município da Baixada Fluminense,  
2458 para que pudessem tratá-lo. O Posto de Saúde frente à gravidade do quadro, disse que não podia  
2459 tratá-lo ali e que F e a família o levassem a um hospital maior e com mais recursos. F, então decidiu  
2460 levá-lo para o Hospital Federal de Bonsucesso, situado no bairro homônimo na chamada Zona da  
2461 Leopoldina, onde, segundo o relato dos envolvidos, C não passou nem da recepção, pois o pessoal do  
2462 hospital disse que ali não teriam condições de atendê-lo, pois naquele serviço não atendiam pacientes  
2463 de AIDS. Dali, F decidiu levar o colega para o Hospital Municipal Souza Aguiar, no centro da cidade,  
2464 onde C também não pode ser tratado. Aproveitando que estavam na região central, F levou C para o  
2465 Hospital São Francisco de Assis, parte Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de  
2466 Janeiro (ESFA/CHUFRJ) também no Centro do Rio, onde C tinha prontuário e realizava o seu  
2467 tratamento antes do abandono. Também naquela Unidade C teve recusada assistência, pois já havia  
2468 perdido o vínculo institucional com o serviço e não foi novamente aceito. Devido ao cansaço de C, este  
2469 foi então levado de volta a sua casa na Baixada Fluminense. Para quem não conhece a geografia do  
2470 Rio e a situação dos transportes públicos, vale dizer que a distância entre o centro e a Baixada é longa  
2471 e geralmente percorrida por transportes públicos ruins num trânsito caótico. Após alguns poucos dias,  
2472 devido à piora no quadro de saúde de C, F retorna a sua casa e a "maratona" é retomada. Decidiram  
2473 então rumar para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Botafogo, Zona Sul da cidade, onde C  
2474 passou uma tarde e uma madrugada recebendo alguns cuidados básicos e emergenciais para sua  
2475 situação. Não mais podendo lá ficar, a médica responsável os encaminhou com uma carta/ofício de  
2476 volta para o Hospital Federal São Francisco de Assis, onde outra vez teve a assistência recusada. C  
2477 volta para casa e poucos dias depois, sem apresentar melhorias, F o levou para a Unidade de Pronto  
2478 Atendimento de Campinho, subúrbio da Zona Norte, onde recebeu cuidados básicos e foi  
2479 encaminhado com um ofício para o Hospital Gaffrée Guinle, hospital universitário federal de referência  
2480 para o tratamento de AIDS, localizado na Tijuca, bairro da Zona Norte da cidade, onde C também não  
2481 foi aceito, com a alegação de falta de vagas. C então, exausto, pede para que o levem para casa de  
2482 familiares onde ficou até o dia 2 de dezembro. Como continuou a piorar, e agora com falta de ar e  
2483 grande debilitação, F decidiu chamar uma ambulância do serviço 192 que acabou deixando-o no  
2484 Hospital Estadual Carlos Chagas, em Marechal Hermes, bairro do subúrbio carioca, onde C acabou  
2485 sendo aceito no Setor de Emergência, pois precisava de oxigênio e outros cuidados urgentes. Vale  
2486 lembrar que o serviço de ambulância foi chamado às 9h e só chegou às 20h!. Este péríodo vem se  
2487 estendendo já há três semanas! No Hospital Carlos Chagas, C pode finalmente ser examinado, e no  
2488 dia 3 de dezembro, através de amigos médicos que lá trabalham, me foi informado que o exame de  
2489 Raio-X revelou infiltrado bilateral e C estava sendo tratado para pneumocistose e que já estariam  
2490 investigando a possibilidade de Tuberculose. Também recebi a informação que finalmente C havia  
2491 sido inscrito no SISREG, sistema do SUS para regulação de leitos hospitalares. Nas próximas  
2492 semanas, saberemos quais os diagnósticos de C e se ele conseguirá internação em hospital adequado  
2493 para a sua situação e tratamento. Neste momento, não temos nenhuma garantia que sua maratona em  
2494 busca por cuidados médicos tenha terminado. Fica a pergunta: o que explica tamanha crueldade com  
2495 uma pessoa pobre e enferma no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro? Quem são os  
2496 responsáveis por esta "corrida" sinistra, onde só há perdedores? Quem responde pela grave violação  
2497 do direito humano básico de C, que é o direito à vida e à saúde? O Governo Federal? O Estadual? O  
2498 Municipal? Por que tanta demora em inscrever o paciente no SISREG? Onde estão os "gargalos" e  
2499 problemas para que as necessidades do paciente fossem atendidas no tempo exigido? Como  
2500 solucionar? A situação de C reflete o estado da rede de saúde pública do Rio de Janeiro e o cotidiano  
2501 de centenas, senão de milhares de pacientes com HIV e não e que perambulam em busca de  
2502 assistência no Rio de Janeiro. No que diz respeito à AIDS, com períodos de maior e menor gravidade,  
2503 esta situação de caos na rede, se repete desde os anos 80 e possivelmente está longe de acabar, já  
2504 que parece haver se agravado nos últimos anos. (...) Possivelmente, os fatores que contribuem tanto  
2505 para a situação destes pacientes como C e de outros soropositivos, sejam o sucateamento dos  
2506 hospitais, os baixos salários, a falta de profissionais, entre outros. (...) O movimento social de AIDS, no  
2507 entanto, reconhece alguns esforços que têm sido realizados nos últimos anos como a nomeação de  
2508 profissionais concursados (1536 desde 2010) e abertura de novos cursos, porém, sabemos que a  
2509 oferta de serviços nos três níveis está muito aquém das necessidades da população. (...) Que  
2510 condições teria uma rede de saúde pública caótica como a do Rio de Janeiro, conforme o caso de C  
2511 demonstra, de receber mais pacientes a serem diagnosticados nos próximos meses, além daqueles  
2512 que já se encontram em tratamento ou doentes? Haverá condições de receber e manter a todos com  
2513 um mínimo de qualidade e dignidade? (...) A introdução de inovações nas respostas ao HIV/AIDS são  
2514 bem vindas e é uma demanda do movimento social de AIDS. No entanto, queremos soluções para os  
2515 velhos e os novos problemas, e mais preparo para prevenir os próximos que poderão vir. Queremos

2516 mais participação nas decisões e implementação de novas diretrizes, e não apenas debater decisões  
2517 que já foram tomadas ou nos tornar somente coadjuvantes para implementar pacotes de políticas e  
2518 ações já elaboradas e impostas pelos governos. Nossa controle social sobre políticas e ações deveria  
2519 passar pelas fases de debates, formulação, implementação e avaliação. Para concluir, esperamos que  
2520 as novas diretrizes e as experiências boas e ruins acumuladas ao longo destes 25 anos do SUS  
2521 signifiquem uma oportunidade de diálogos e participação efetiva dos diferentes setores sociais na  
2522 resposta brasileira ao HIV/AIDS, em especial daqueles setores mais afetados. Esperamos que esta  
2523 oportunidade não seja perdida, e que possamos efetivamente enfrentar a precarização da saúde e  
2524 finalmente avançar na qualidade de serviços e ações e, no lugar da crueldade e barbárie que  
2525 assistimos se instalar cada vez mais em unidades de saúde do SUS, tenhamos reforçado a  
2526 solidariedade com um princípio fundamental efetivo na estrutura do SUS e na resposta ao HIV/AIDS.  
2527 Que nas Olimpíadas de 2016 os soropositivos brasileiros possam correr outras maratonas e participar  
2528 de outras provas e lutas mais divertidas e saudáveis, em vez de maratonas de sofrimento e morte e  
2529 possam, juntamente com os torcedores e atletas também dar o exemplo de superação, de amor à vida  
2530 e de solidariedade." O coordenador da mesa registrou a presença de representantes do movimento de  
2531 luta contra AIDS e abriu a palavra para intervenção desses representantes. **Márcia Ribas**, da  
2532 Secretaria Executiva da ANAIDS, fez a leitura de uma carta da Articulação Nacional de Luta Contra a  
2533 AIDS – ANAIDS que expressa a visão do movimento: "1º de Dezembro - Dia Mundial de Luta contra a  
2534 AIDS. Luto e luta por uma saúde pública de qualidade. A ANAIDS – Articulação Nacional de Luta  
2535 Contra a AIDS – colegiado que reúne os Fóruns de ONG AIDS dos 27 estados brasileiros, redes e  
2536 demais representantes do Movimento Nacional de Luta Contra a AIDS, que por sua vez representam  
2537 mais de 500 organizações, tornam público neste manifesto no Dia Mundial de Luta Contra a AIDS  
2538 nossas demandas, num contexto politicamente desafiador para a resposta brasileira ao HIV e à AIDS.  
2539 Com 38 mil novos casos e 12 mil mortes por ano, aproximadamente, e ainda sem ter sequer  
2540 controlado a transmissão vertical do HIV, a situação brasileira exige maior atenção e envolvimento da  
2541 sociedade civil, assim como maior compromisso e efetividade da gestão pública em todos os níveis,  
2542 em todos os estados do Brasil. Neste contexto, entendemos como fundamental a potencialização de  
2543 estratégias intersetoriais entre saúde, assistência social, direitos humanos, habitação e demais  
2544 políticas sociais, visando a garantia do acesso das pessoas vivendo com HIV e outras patologias a  
2545 programas sociais de alta qualidade. Ao mesmo tempo destacamos que a promoção de tais  
2546 estratégias devem ser baseadas em evidências científicas e na laicidade do Estado brasileiro e devem  
2547 focar nos direitos humanos das populações em maior situação de vulnerabilidade ao HIV, tuberculose  
2548 e hepatites virais. Assim: - Defendemos a efetivação da Saúde Pública (administração e serviços)  
2549 como direito de todos e de todas e apoiamos a campanha Saúde +10 que exige 10% da receita bruta  
2550 da União para ações e serviços públicos de saúde; - Defendemos o fortalecimento e ampliação da rede  
2551 de serviços especializados em DST/AIDS, garantindo a sustentabilidade do tratamento e a qualidade  
2552 de vida das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA); - Defendemos a efetivação de serviços que  
2553 estabeleçam uma Linha de Cuidado no serviço público de saúde, estabelecendo protocolos  
2554 específicos, inclusive para o tratamento de lipodistrofia, além de uma Atenção Qualificada para o  
2555 atendimento das transexuais e travestis; - Defendemos a oferta do teste rápido para o HIV  
2556 exclusivamente nos serviços de saúde (esferas Municipal, Distrital, Estadual e Federal), com garantia  
2557 de pré e pós-aconselhamento qualificados que contemplem abordagem sobre gestão de riscos, uso de  
2558 novas tecnologias de prevenção e autonomia responsável das pessoas, incluindo os casais  
2559 sorodiscordantes, com estratégias combinadas e não apenas limitadas ao modelo impositivo do uso do  
2560 preservativo. diante disso, discordamos da liberação do teste rápido de HIV para ser vendido nas  
2561 farmácias, por não garantir as condições colocadas; - Defendemos o marco legal das ONG para que  
2562 sejam garantidos os princípios de segurança jurídica, autonomia e sustentabilidade; - Defendemos a  
2563 Recomendação 200 da OIT junto ao governo federal e chamamos atenção para a necessidade de  
2564 mobilizar as representações políticas para a discussão. Diante do Papel das Organizações da  
2565 Sociedade Civil e da importância sobre o Controle Social: - Demandamos o aumento do diálogo e  
2566 escuta mais efetivos da sociedade civil nos espaços consultivos do Governo Federal (CNAIDS e  
2567 CAMS) e nos espaços de controle social de modo a garantir propostas de políticas afirmativas,  
2568 baseadas nos direitos humanos, no enfrentamento ao estigma, tabus e preconceito contra grupos  
2569 vulneráveis ao HIV e à AIDS; - Demandamos o cumprimento, por parte do Ministério da Saúde, de  
2570 qualquer resolução do Conselho Nacional de Saúde que diga respeito à política de DST/AIDS e suas  
2571 coinfecções. Informamos que em caso negativo, o movimento nacional de luta contra a AIDS irá  
2572 ação a Justiça para cobrar responsabilidades; - Demandamos em caráter de urgência, frente a  
2573 permanente violação de direitos e ao contexto de estigma e discriminação que sofrem as PVHA, a  
2574 ampliação da educação permanente para profissionais de saúde, conforme preconiza o SUS, com  
2575 ênfase na ética profissional, na preservação do sigilo e no incremento de informações e campanhas  
2576 por todo o país sobre o preconceito e AIDS; - Pleiteamos a garantia dos recursos municipais/estaduais  
2577 provenientes do Fundo a Fundo, para ações de prevenção às DST/AIDS e controle social,  
2578 incrementando a parceria com a sociedade civil; - Pleiteamos a criação, por parte da Secretaria de

2579 Vigilância em Saúde, de formas para garantir financiamento público alternativo ao do modelo exclusivo  
2580 via SICONV para entidades de bases comunitárias da saúde de forma a garantir-lhes a continuidade  
2581 de suas ações; - Queremos a discussão, com a sociedade civil, dos resultados dos Planos de  
2582 Enfrentamento ao HIV/AIDS junto às populações específicas; que sejam identificados novos planos  
2583 necessários (Usuários de Drogas, por exemplo) e repactuadas as ações estratégicas para estas  
2584 populações para o período 2014-2015, com indicadores e orçamentos específicos; - Necessitamos de  
2585 efetivas e contínuas campanhas de promoção da saúde e prevenção às DST, HIV/ AIDS realizadas  
2586 com a participação das populações específicas, baseadas nos Direitos Humanos." Conselheiro **Carlos**  
2587 **Alberto Duarte** explicou que a carta explicita os principais pontos do Encontro Nacional de ONG AIDS,  
2588 na Bahia. **Manifestações**. Conselheira **Simone Vieira da Cruz** destacou a importância desse debate  
2589 no CNS na linha da defesa da saúde como direito fundamental da população. Sobre o teste rápido de  
2590 HIV/AIDS, perguntou como é dado o retorno para o paciente e também questionou como o MS pode  
2591 pensar o tema para além da reunião e pensar nas ações da ponta. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
2592 aproveitou para destacar que os itens de pauta da reunião estavam articulados com a questão dos  
2593 direitos humanos e direito à saúde como direito fundamental. Conselheira **Verônica Lourenço da**  
2594 **Silva** cumprimentou o Movimento pela luta e explicitou a preocupação do movimento de mulheres com  
2595 a disponibilização de teste rápido e as ações previstas para dar apoio às pessoas com teste positivo.  
2596 Também ressaltou a importância do recorte étnico-racial e de gênero e de olhar para mulheres lésbicas  
2597 e bissexuais. No mais, disse que é preciso assegurar um diálogo mais próximo com a população, para  
2598 além das campanhas e, nessa linha, salientou a importância de retomar a realização de oficinas com  
2599 populações específicas, as ações na escola, em diálogo com o Movimento. Conselheira **Shirley**  
2600 **Marshal Diaz Morales** avaliou que o problema maior em relação à AIDS é a falta de diagnóstico,  
2601 todavia, ponderou que, para além de ampliar a testagem do HIV, é preciso assegurar assistência  
2602 integral e de qualidade. Também salientou que o trabalhador deve ser envolvido no processo de  
2603 assistência e frisou que, para garantir assistência mais qualificada para a população, é preciso garantir  
2604 uma equipe multidisciplinar. Destacou que a estrutura da atenção básica é precária, com sobrecarga  
2605 de profissionais como é o caso dos enfermeiros, com reflexo no atendimento desse segmento.  
2606 Também manifestou preocupação com a minuta de resolução avaliou que era preciso debater melhor o  
2607 texto com a participação de todos os atores envolvidos. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** explicou  
2608 que em 1994 participou de oficina de treinamento da coordenação nacional de DST AIDS e desde  
2609 1995 desenvolve campanhas de conscientização, educação e prevenção da AIDS, inclusive com  
2610 reconhecimento da Organização Internacional do Trabalho. Disse que a atividade alcança mais de 1  
2611 milhão de pessoas e são realizadas oficinas para capacitação de dirigentes sindicais para desenvolver  
2612 as campanhas ("Projeto Verão sem AIDS, valorizando a vida"). Também perguntou como MS vem  
2613 trabalhando a recomendação da OIT nº. 200 e a questão das hepatites virais. Conselheiro **Renato**  
2614 **Almeida de Barros** também manifestou preocupação com a minuta de resolução disponibilizada, com  
2615 destaque para a proposta de universalização e a não definição da estrutura de apoio. Conselheiro **Eni**  
2616 **Carajá Filho** defendeu que as políticas de controle da AIDS tenham aliança global e solicitou que seja  
2617 assegurado espaço para os representantes do controle social nas atividades relacionadas à vigilância  
2618 em saúde, sobretudo a bancada dos usuários e trabalhadores. Conselheira **Maria do Socorro de**  
2619 **Souza**, Presidente do CNS, destacou que há desafios colocados para gestão, para os usuários e os  
2620 trabalhadores e é preciso construir caminhos juntos. Salientou que é preciso saber sobre a realidade  
2621 do Brasil e perguntou se há contra indicações para o tratamento na fase inicial e se a rede está  
2622 preparada para assegurar assistência. Também solicitou maiores informações sobre a unidade móvel  
2623 para diagnóstico da AIDS e perguntou sobre as parcerias. Perguntou como monitorar os indicadores e  
2624 salientou que é necessário abordar as dimensões, considerando a afetividade, a sexualidade e a  
2625 mudança de comportamento, reafirmando o Estado laico. Também manifestou preocupação com o  
2626 interesse da indústria farmacêutica no caso da ampliação do acesso ao tratamento. Conselheiro  
2627 **Richarlls Martins**, primeiro, cumprimentou o CNS pela definição da pauta que se aproxima das  
2628 demandas dos usuários do SUS. Partindo do pressuposto que a rede de saúde não está habilitada  
2629 para atender as demandas dos usuários, perguntou o que será feito para preparar a rede para atender  
2630 a demanda gerada por conta da ampliação do diagnóstico do HIV/AIDS. No mais, quis saber se a  
2631 realização de teste por ONGs faz parte da pactuação para transferir o atendimento em HIV para a  
2632 atenção básica. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou a importância de pautar o tema  
2633 na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que será realizada no final de 2014.  
2634 Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** saudou os convidados e salientou que é preciso  
2635 pensar em formas de acolhimento das pessoas que recebem o resultado positivo para a HIV/AIDS,  
2636 haja vista o impacto dessa notícia. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** manifestou preocupação  
2637 com o diagnóstico do HIV/AIDS fora do ambiente de saúde como farmácias, por exemplo, e com o  
2638 estigma e o preconceito em relação à doença. Nessa linha, perguntou se foi pensada formas de  
2639 proteção do sujeito e extensão de cobertura. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** salientou que  
2640 é preciso pensar em alternativas do ponto de vista do cuidado. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
2641 explicou que algumas entidades saíram da CAMES, mas tem feito discussões em outros espaços.

2642 Também fez referência ao documento elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Propriedade  
2643 Intelectual “Para que a nova política de tratamento para AIDS seja sustentável: velhos e novos  
2644 desafios” que, entre outras questões, avalia que a disponibilização de tratamento para todos os  
2645 que queiram inicia-lo é uma iniciativa louvável, mas deve ser acompanhada de outras medidas  
2646 para que seja efetiva e sustentável. Entre elas, fortalecimento da atenção básica, diagnóstico  
2647 oportuno, consulta com equipes de saúde qualificadas, e com a realização de outros exames, no  
2648 tempo necessário. **Retorno da mesa.** O Secretário de Vigilância em Saúde/MS, **Jarbas Barbosa**,  
2649 explicou que as unidades móveis são ferramentas importantes, haja vista o percentual de pessoas  
2650 atendidas. Reconheceu que há problemas em alguns Estados como Rio de Janeiro e Porto Alegre e  
2651 salientou que tem sido adotadas ações específicas nesses casos. Também salientou que o teste  
2652 sorológico deve ser feito pelo profissional de saúde, todavia, ponderou que restringir a esse  
2653 profissional será um retrocesso para o SUS. Explicou que 40 ONG parceiras do Departamento de DST,  
2654 Aids e Hepatites Virais se dispuseram a realizar o teste rápido de AIDS. Todavia, disse que essa  
2655 iniciativa não se trata de uma terceirização das ações. Além disso, lembrou que nenhuma pessoa com  
2656 diagnóstico positivo será obrigada a fazer o tratamento, se assim decidir. Disse que é preciso definir  
2657 ações voltadas para as populações que apresentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV porque  
2658 terá impacto na epidemia. Solicitou que o Plenário debatesse com prioridade a minuta de  
2659 recomendação, avaliando se contribui para ações que visam conter a epidemia de AIDS. Também  
2660 ressaltou que é preciso cuidar para que casos como o relatado pelo professor Veriano Júnior não  
2661 voltem a acontecer, analisando, inclusive por que as unidades não deram a atenção necessária. Por  
2662 fim, disse que tomou nota das considerações dos conselheiros e seriam consideradas no debate dessa  
2663 política. O diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais/MS, **Fábio Mesquita**, sugeriu que o  
2664 CNS escutasse outros atores antes de aprovar a minuta resolução porque poderia prejudicar muitas  
2665 ações que vinham sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. O representante do Movimento  
2666 Nacional de luta contra Aids, **Veriano Terto Junior**, esclareceu pontos do texto elaborado por ele,  
2667 destacando que não era contra a ampliação do teste para diagnóstico do HIV/AIDS, mas entendia ser  
2668 necessário garantir acolhimento das pessoas com diagnóstico positivo. Conselheiro **Richarlls Martins**  
2669 propôs apreciar a proposta de resolução na próxima reunião do CNS, porque não havia mais quórum,  
2670 com retomada do debate desse tema. Além disso, solicitou que o MS analise a possibilidade de  
2671 interromper o treinamento da sociedade civil para realização de teste rápido de HIV/AIDS. Conselheira  
2672 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CSNS, sugeriu que o Plenário indicasse três ou quatro  
2673 comissões para acompanhar esse debate e repautasse o tema no mês de março de 2013, com  
2674 diferentes pontos de vista. Conselheira **Júlia Maria Roland** lembrou que as decisões deveriam ser  
2675 tomadas por consenso por conta da ausência de quórum e, como encaminhamento, propôs suspender  
2676 e retomar o debate posteriormente. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, diante da ausência de  
2677 quórum, sugeriu suspender a apreciação e deliberação da resolução e retomar o ponto em fevereiro ou  
2678 março de 2014 para aprofundar a discussão. Conselheira **Denise Torreão** solicitou ao MS a  
2679 suspensão do processo de testagem por ONG até a retomada desse debate no CNS. Conselheiro  
2680 **Carlos Alberto Duarte**, primeiro, explicou que o treinamento da sociedade civil encerrou-se e o  
2681 processo de testagem seria iniciado. Lembrou que a resolução do CNS nº. 26/2013 definiu a  
2682 necessidade de rediscutir a epidemia de AIDS nas três esferas de gestão, por meio de seminário com  
2683 sociedade civil, conselhos, legislativo, câmara e governo. Disse que esse seminário foi definido na  
2684 **CIADAIDS** e foi constituído GT, ainda não efetivado; contudo, a deputada Érica Kokai comprometeu-se  
2685 a realizar esse seminário em parceria com o CNS e a gestão para debater o enfratamento da Política  
2686 de AIDS no Brasil, avanços e retrocessos na perspectiva dos 20 anos do SUS, com ampliação da  
2687 discussão com outros seminários de equidade. O diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites  
2688 Virais, **Fábio Mesquita**, explicou que hoje são 50 entidades treinadas para o diagnóstico do HIV/AIDS  
2689 e 5 delas trabalham há mais de seis anos no Brasil e há uma lista de espera para treinamento (100  
2690 entidades). Desse modo, manifestou preocupação com a proposta de paralisar esse processo de  
2691 treinamento que envolve 150 entidades da sociedade civil. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** sugeriu  
2692 remeter o tema à Mesa Diretora do CNS para decisão a respeito. Conselheira **Maria do Socorro de**  
2693 **Souza**, Presidente do CNS, lembrou que o governo possui a prerrogativa de dar encaminhamento as  
2694 suas pautas, todavia, ponderou que o CNS está questionando o método da proposta (eficácia ou não),  
2695 para além do treinamento de ONG para testagem. Salientou que é preciso aprofundar o debate para  
2696 ter posicionamento. Conselheiro **Richarlls Martins** salientou que, diante da ausência de quórum, não  
2697 seria possível apresentar proposta de encaminhamento sobre a suspensão do treinamento ou não.  
2698 Desse modo, sugeriu que o tema fosse retomado na reunião ordinária de fevereiro ou março de 2014,  
2699 para definição. Destacou que o MS é quem define se deverá continuar o treinamento, não se tratando  
2700 de uma decisão do CNS, ainda que as entidades do CNS tenham se manifestado contrário. **Como**  
2701 **encaminhamento final, o Plenário decidiu, por consenso, retomar o tema, para aprofundar a**  
2702 **discussão, em fevereiro ou março de 2014; e remeter a minuta de resolução, elaborada pela**  
2703 **Comissão de AIDS, para aquela oportunidade.** Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** fez  
2704 uso da palavra para defender a realização de reunião do Conselho em janeiro de 2014, uma vez que a

2705 proposta de calendário não prevê reunião nesse mês. Salientou que a alegação de falta de recurso  
2706 não cabia para justificar a não realização e também avaliou que o CNS não deveria abrir esse  
2707 precedente. Conselheira **Maria do socorro de Souza**, Presidente do CNS, para além da questão  
2708 orçamentária, disse que era preciso considerar a representação dos conselheiros no mês de janeiro.  
2709 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** deixou consignado que discordava da proposta de  
2710 não realizar reunião ordinária no mês de janeiro, lembrando, inclusive, que o Regimento interno do  
2711 CNS determina a realização de doze reuniões mensais do CNS. **Encaminhamento: que a Mesa**  
2712 **Diretora do CNS verifique a possibilidade de realizar reunião do Conselho em janeiro de 2014,**  
2713 **uma vez que a proposta de calendário não prevê reunião nesse mês. Os conselheiros deverão**  
2714 **manifestar-se a respeito para subsidiar a decisão da Mesa Diretora do CNS.** Os itens de informes  
2715 e indicações foram adiados pela exiguidade de tempo. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a  
2716 tratar, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 252<sup>a</sup>  
2717 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião:  
2718 **Titulares** – **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**,  
2719 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento  
2720 Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, União Brasileira de Cegos (UBC);  
2721 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –  
2722 FENACELBRA; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –CFFa;  
2723 **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS);  
2724 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira  
2725 (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase –  
2726 MORHAN; **Geordecy M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho  
2727 Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem  
2728 (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge**  
2729 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB); **Jorge Oliveira**  
2730 **Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Márcia Patrício de Araújo**,  
2731 Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria do Socorro de Souza**, Confederação  
2732 Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura C. Bicca**, Federação Nacional  
2733 dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);  
2734 **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**,  
2735 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de  
2736 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos  
2737 Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
2738 Farmacêuticos (FENAFAR); **Sandra Regis**, Associação Brasileira dos Delegados e Amigos da  
2739 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros  
2740 pela Igualdade (UNEGRO); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas; **Wilson Valério**  
2741 **da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zan Mustacchi**,  
2742 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. **Suplentes** – **André Luiz de Oliveira**,  
2743 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde  
2744 (MS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde –MOPS; **Fernanda Benvenutty da Silva**,  
2745 Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação  
2746 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil –  
2747 AFB; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados Pensionistas e  
2748 Idosos (SINTAPI); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
2749 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias  
2750 Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos  
2751 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Liane**  
2752 **Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da  
2753 Mama – FEMAMA; **Lorena Baía Alencar**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luiz Alberto**  
2754 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados (SIND-NAP); **Marco Akerman**, Associação Brasileira  
2755 Rede Unida; **Jouhanna Menegaz**, Associação Brasileira Rede Unida Associação Nacional de Pós-  
2756 Graduandos – ANPG; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema  
2757 Único de Saúde – UNASUS; **Mariana Batazza Freire**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Nádia**  
2758 **Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV);  
2759 **Noemy Yamagishi Tomita**, Conselho Federal de Biologia – CFBlo; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho  
2760 Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Richarlls Martins**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População  
2761 Negra a Aids; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros- FNE; **Simone**  
2762 **Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; e **Zaíra Tronco**  
2763 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN.