



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4

5 ATA DA DUCENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
6 NACIONAL DE SAÚDE – CNS
7
8

9 Aos vinte e seis e vinte e sete dias do mês de fevereiro de dois mil e catorze, no Plenário do Conselho
10 Nacional de Saúde “Omitton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
11 Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Quarta Reunião Ordinária
12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 254ª RO teve por objetivos: **1)** Debater a agenda da Saúde
13 para o ano de 2014, com o novo Ministro da Saúde Arthur Chioro. **2)** Atualizar as discussões sobre o
14 financiamento da saúde e a agenda do movimento nacional – Saúde + 10. **3)** Deliberar sobre os
15 encaminhamentos da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **4)**
16 Deliberar sobre a Política Nacional de Informação e Informática do SUS. **5)** Debater com o MEC e MS
17 as agendas atuais de formação superior na saúde e tratar dos pareceres e encaminhamentos
18 propostos pela CIRH. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** cumprimentou a todos, presentes
19 e internautas e iniciou a reunião com a revisão da pauta e a leitura dos objetivos da reunião. **ITEM 1 –**
20 **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 254ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Explicou que houve alteração
21 da pauta em virtude da visita do Ministro da Saúde. Apresentou e colocou em apreciação a pauta da
22 254ª Reunião Ordinária do CNS que foi aprovada. A seguir desculpou-se e explicou que a ata da
23 reunião anterior não seria apreciada por não estar pronta devido ao fato de que nesse mês ocorreram
24 quatro reuniões da mesa e do Pleno e a pessoa responsável pelas atas sofreu um acidente. Lembrou
25 eu os informes devem ser enviados até o final do dia para serem incluídos na pauta. **Deliberação:**
26 **aprovada a pauta da 254ª RO/CNS.** Convidou então os participantes para compor a mesa do próximo
27 item da reunião. **ITEM 2 – 4ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA**
28 **TRABALHADORA – INFORMES E ENCAMINHAMENTOS.** **Apresentação:** **Carlos Augusto Vaz de**
29 **Souza**, Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador/MS.
30 **Coordenação:** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Coordenador da Comissão Intersetorial de
31 Saúde do Trabalhador. Antes de iniciar a Presidente do CNS solicitou que os participantes da reunião
32 se apresentassem, sendo saudados pelo coordenador da mesa. O primeiro foi o Sr. **Roque Veiga**,
33 Assessor Geral da Coordenação de Saúde do Trabalhador. Apresentaram-se a seguir o jornalista e
34 comunicador **Gadelha Neto** que acabara de ingressar na assessoria do CNS. **Alexandre Tostes**,
35 advogado e suplente na Confederação Nacional de Saúde. **Regiane Garcia**, doutoranda fazendo uma
36 pesquisa no CNS. **Clarinda da Luz Durigon**, presidente do Conselho de Saúde de Herval D’Oeste –
37 SC e coordenadora estadual de plenárias e conselhos de saúde. **Lídia Maia**, nova assessora de
38 imprensa do CNS. Composta a mesa, o coordenador da mesa, **O Conselheiro Geordeci Menezes de**
39 **Souza**, cumprimentou a todos, presente e internautas que acompanham a reunião em tempo real.
40 Passou à apresentação das datas e encaminhamentos já tomados pelos estados em relação à 4ª
41 CNSTT para dar conhecimento ao pleno do andamento. Disse que alguns estados já estão bastante
42 avançados e outros ainda precisam da contribuição do CNS, também por meio de cada conselheiro
43 individualmente em seus estados. O Acre merece bastante atenção. Não possui decreto nem
44 regimento. A única definição é que serão realizadas três macrorregionais: Juruá, Rio Branco e Baixo
45 Acre, sem datas definidas de realização, assim como a estadual. Em Alagoas o decreto já foi publicado
46 e o regimento já foi aprovado. Serão duas macrorregionais na Regional de Maceió em catorze e quinze
47 de maio e na Regional de Arapiraca em vinte e um e vinte e dois de maio. A estadual será de nove a
48 onze de junho. Amapá teve decreto publicado, mas requer retificação em função de um pequeno erro.
49 O regimento será apreciado dia vinte e seis de fevereiro no conselho estadual. Estão previstas
50 dezesseis macrorregionais num estado com dezesseis municípios. Já foram notificados que o
51 regimento não prevê etapas municipais e sim macrorregionais e, portanto, não poderiam ter apenas
52 um município ao que responderam que haverá de três a quatro macrorregionais, segundo informação
53 recente obtida pelo assessor Roque Veiga. Em Amazonas o decreto já foi publicado e o regimento
54 aprovado. Serão nove macrorregionais: Borba em vinte e sete e vinte e oito de fevereiro (Eleutério foi
55 participar); Tabatinga em onze e doze de abril; Manaus ainda sem data; Tefé, dois e três de abril;
56 Lábrea, quinze a dezessete de abril; Itacoatiara, ainda sem data; Parintins, dezessete e dezoito de
57 março; Eirunepé, doze e treze de abril; Novo Airão, ainda sem data. A estadual será em vinte e nove e
58 trinta de maio. Bahia já possui decreto publicado e o regimento seria definido em vinte e cinco de

59 fevereiro. Serão nove macrorregionais: Itabuna, Teixeira de Freitas, Feira Santana, Vitória da
60 Conquista, Salvador, Alagoinhas, Barreiras, Jacobina e Juazeiro, todas ainda sem data definida. A
61 estadual ocorrerá na segunda quinzena de maio. Afirmou que a comissão acredita que na reunião do
62 dia vinte e cinco de fevereiro o cronograma tenha sido definido. Ceará não teve decreto publicado e o
63 regimento tinha a previsão de ser discutido dia quatro de fevereiro. Serão nove macrorregionais:
64 Caucaia em treze de março; Baturité em dezoito de março; Quixadá em vinte e seis de março;
65 Limoeiro em três de abril; Iguatu em dez de abril; Crato em vinte e três de abril; Sobral em oito de
66 maio; Crateús em catorze de maio e Fortaleza em vinte e um de maio. A estadual será de dois a quatro
67 de junho. Distrito Federal ainda não teve o decreto publicado e o regimento tem aprovação prevista
68 para seis de fevereiro juntamente com todas as pendências. Estão previstas sete regionais. O Espírito
69 Santo já teve o decreto publicado, mas o regimento ainda não foi aprovado. Serão quatro
70 macrorregionais: região norte em São Mateus dias dois e três de abril; região central em Colatina dias
71 nove e dez de abril; região metropolitana em Vitória dias dezesseis e dezessete abril; região sul em
72 Cachoeiro do Itapemirim dias vinte e nove e trinta de abril com a estadual de vinte a vinte e dois de
73 maio. Goiás ainda não teve o decreto publicado, o regimento estava previsto para aprovação em vinte
74 e quatro de fevereiro, mas a informação ainda não foi repassada. Serão cinco macrorregionais: centro-
75 oeste em Goiânia em vinte e quatro e vinte e cinco de abril; centro sudeste em Itumbiara dias treze e
76 catorze de abril; centro norte em Anápolis dias oito e nove de maio; sudoeste em Rio Verde dia vinte e
77 cinco de abril e nordeste em Formosa em cinco e seis de maio; com estadual prevista para 28 a de
78 maio. Mato Grosso do Sul já teve o decreto publicado e o regimento seria discutido em reunião dia
79 vinte e oito de fevereiro. Serão quatro macrorregionais: região sul em Dourados dias vinte e oito e vinte e
80 nove de abril; capital e região norte em Campo Grande dias vinte e dois e vinte e três de maio; região
81 do Pantanal/oeste em Corumbá dias dez e onze de abril; região leste em Três Lagoas dias catorze e
82 quinze de maio; com a estadual em dez e onze de junho. Mato Grosso não teve o decreto de
83 convocação publicado e o regimento está sendo discutido no conselho. Estão previstas dezesseis
84 macrorregionais marcadas para abril e maio, ainda sem data e sem localidade estando definida. A
85 estadual ocorrerá de quatro a seis junho. Maranhão ainda não possui o decreto de convocação e o
86 regimento tinha previsão de ser discutido do conselho em vinte e quatro de fevereiro. Serão quatro
87 macrorregionais: região de Caxias em oito e nove de maio; região de Imperatriz quinze e dezesseis de
88 maio; região de Mata Roma vinte e dois e vinte e três de maio; região de São Luís em vinte e nove e
89 trinta de maio; com a estadual prevista para vinte e cinco a vinte e sete de junho. Minas Gerais já
90 possui o decreto publicado e o regimento será discutido em reunião do CES dia dez de fevereiro, mas
91 ainda não foi repassada a informação. Estão previstas treze macrorregionais: Barbacena em onze e
92 doze de abril; Teófilo Otoni em vinte e quatro de abril; Belo Horizonte em vinte e cinco e vinte e seis de
93 abril; Divinópolis em vinte e seis de abril; Ponte Nova dias vinte e oito e vinte e nove de abril; Patos de
94 Minas em oito de maio; Alfenas também em oito de maio; Araxá de oito a dez de maio; Juiz de Fora de
95 oito a onze de maio; Governador Valadares dia dez de maio; Diamantina em treze e catorze de maio;
96 Montes Claros dia catorze de maio; Uberlândia ainda está sem data definida; e a estadual será de três
97 a cinco de junho. Pará ainda não possui o decreto publicado, mas o regimento já foi aprovado. Serão
98 sete macrorregionais ainda sem data que ocorrerão nas treze regiões de saúde. Foi feito contato com
99 o Coordenador local que prometeu o envio das informações para cinco de fevereiro, devendo chegar
100 nos próximos dias. A estadual será de vinte e cinco a vinte e sete de junho. Paraíba ainda não possui o
101 decreto e o regimento está sendo discutido no conselho. A previsão é de quatro macrorregionais:
102 Campina Grande de dez a doze de abril; Patos de dois a quatro de maio; João Pessoa de três a cinco
103 de abril; Souza de vinte e cinco a vinte e sete de abril; com a estadual em vinte e três a vinte e cinco de
104 maio. Paraná ainda não possui decreto de convocação, no entanto o regimento já está aprovado com
105 previsão de oito macrorregionais: Cianorte em quinze de março; Apucarana em vinte e dois de março;
106 Irati dia cinco de abril; Cascavel dia doze de abril; Maringá dia três de maio; Pato Branco dia dez de
107 maio; Londrina em dezesseis de maio; Macro Leste – região de Curitiba dia vinte e quatro de maio; e a
108 estadual de seis a oito de junho. Pernambuco tinha previsão de publicação do decreto em vinte e cinco
109 de fevereiro e o regimento ainda não foi apreciado no conselho. São quatro macrorregionais: Recife
110 em vinte e vinte e um de maio; Caruaru em treze e catorze de maio; Serra Talhada em sete e oito de
111 maio; Petrolina em vinte e três e vinte e quatro de abril; com estadual prevista para quatro a seis de
112 junho. Piauí ainda não possui decreto nem regimento. Há previsão de cinco macrorregionais: Bom
113 Jesus em vinte e vinte e de março; Floriano em vinte e sete e vinte e oito de março; São Raimundo
114 Nonato e Picos em vinte e quatro e vinte e cinco de abril; Parnaíba em vinte e dois e vinte e três de
115 maio; Teresina em vinte e nove e trinta de maio; com a estadual em cinco e seis de junho. Rio Grande
116 Do Sul já teve o decreto de convocação publicado e o regimento aprovado com previsão de sete
117 macrorregionais: Caxias do Sul; 21 e 22 de março; Pelotas em vinte e oito e vinte e nove de março;
118 Santa Maria em onze e doze de abril; o evento de Porto Alegre foi alterado para Novo Hamburgo em
119 vinte e cinco e vinte e seis de abril; Santa Cruz do Sul em nove e dez de maio; Santa Rosa em
120 dezesseis e dezessete de maio; Passo Fundo em vinte e três e vinte e quatro de maio; com a estadual
121 de cinco a sete de junho. Rio Grande do Norte ainda não possui o decreto publicado, mas o regimento

122 foi aprovado. Serão oito macrorregionais ainda sem datas definidas nas cidades de: São José do
123 Mipibu, Mossoró, João Câmara, Caicó, Santa Cruz, Pau dos Ferros, Natal, Assu e a estadual dias vinte
124 e dois e vinte e três de maio em Natal. Rio de Janeiro não possui decreto de convocação e o regimento
125 está em discussão no CES. Serão cinco macrorregionais: Metro I – Rio, Caxias, Nova Iguaçu de sete a
126 nove de maio; Baixada litorânea – Cabo Frio, Maricá e Niterói em nove de maio; noroeste/norte –
127 Itaperuna e Campos dos Goytacazes com data a definir; centro sul – Três Rios, Petrópolis em vinte e
128 nove de abril; Médio Paraíba – Bahia Ilha Grande, Volta Redonda, Resende e Angra em oito de maio;
129 e a estadual com previsão para vinte e oito a trinta de maio. Rondônia não possui decreto nem
130 regimento. Serão quatro macrorregionais: Vilhena em vinte e vinte e um de março; Cacoal em vinte e
131 quatro e vinte e cinco de abril; Rolim de Moura em vinte e dois e vinte e três de maio; Ariquemes em
132 cinco e seis de junho; e a estadual de vinte e cinco a vinte e sete de junho. Roraima não possui
133 decreto nem regimento, ambos previstos para vinte e sete de fevereiro, juntamente com a data
134 estadual. Serão duas macrorregionais: sul do estado em Rorainópolis dia vinte e quatro de maio e
135 norte do estado – Monte Roraima em Passairama em vinte e sete de maio. Santa Catarina não possui
136 decreto nem regimento. Estão previstas nove macrorregionais: Criciúma em dezessete de maio;
137 Blumenau em cinco e seis de maio; Joinville, ainda sem data; Florianópolis, catorze e quinze de maio;
138 e a estadual em vinte seis e cinte e sete de junho. Em Sergipe não há nada definido, decreto de
139 convocação, regimento ou previsão de datas. Requer uma atenção especial. São Paulo já foi
140 publicado, apesar da informação contrária no documento, e já teve o regimento aprovado. Serão sete
141 macrorregionais: Presidente Prudente, onze e doze de março; Campinas, vinte e vinte e um de março;
142 Santos, trinta e um de março e primeiro de abril; São José do Rio Preto, oito e nove de abril; Ribeirão
143 Preto, quinze e dezesseis de abril; Grande São Paulo (será realizada em Guarulhos ou São Bernardo),
144 vinte e dois e vinte e três de abril; São Paulo (capital), dez e onze de abril; e a estadual de oito a dez
145 10 de maio. Tocantins ainda não tem decreto e o regimento ainda não foi aprovado. Serão quatro
146 macrorregionais: Augustinópolis, trinta e um de março e primeiro de abril; Araguaína, três e quatro de
147 abril; Gurupi, catorze e quinze de abril; Palmas, vinte e três e vinte e quatro de abril; e a estadual em
148 vinte e sete e vinte e oito de maio. Assim concluiu a apresentação sobre as conferências
149 macrorregionais e estaduais, com alguns estados que precisam de maior atenção onde não houve
150 publicação do decreto ou aprovação do regimento. O objetivo desse informe é atualizar os
151 conselheiros e pedir que ajudem em seus estados. Noticiou que a logomarca da Conferência já foi
152 publicada no site do Conselho que possui um link para o hotsite da Conferência que ainda está em
153 construção, mas já possui a documentação e outros materiais. Funciona na forma do mapa do Brasil
154 que apresenta as informações do estado clicado com as datas e municípios que compõe cada
155 macrorregião, conforme solicitado aos estados. É importante que todos ajudem a divulgar. Os
156 parceiros que estão elaborando os textos tiveram um pequeno atraso e o prazo foi estendido até o
157 carnaval, sendo então publicados. Dia vinte e um e vinte dois de março será realizado o seminário com
158 os setores produtivos aprovado no Pleno. Inicialmente seria realizado com as centrais sindicais, mas a
159 comissão organizadora sentiu a necessidade de ampliar para os setores não-formais tornando-o
160 bastante plural e representativo incluindo os movimento sociais com temas afetos à questão do
161 trabalho, como autônomos, pescadores, domésticas, trabalhadores informais e entidades sindicais que
162 não fazem parte das centrais sindicais. Terá participação de toda a comissão organizadora e das
163 entidades que compõe o CNS. Passou então a palavra ao Sr. **Carlos Augusto Vaz de Souza**, que
164 cumprimentou a todos, presentes e internautas, e informou que as quatro comissões da Conferência
165 estão em pleno funcionamento e que houve de onze a catorze de fevereiro a quarta reunião da
166 comissão organizadora e a primeira reunião conjunta da comissão de formulação e relatoria;
167 comunicação e mobilização e da comissão executiva a qual participa de todas as reuniões da
168 comissão organizadora. Todas as comissões estabeleceram seu calendário de reuniões para o ano
169 de 2014 e pós-conferência para avaliação. A reunião da comissão executiva será semanal, o que é
170 fundamental nesse período inicial para a organização da etapa regional e acompanhamento das
171 estaduais e macrorregionais. A comissão organizadora deve acompanhar o maior número possível de
172 macrorregionais e todas as estaduais. **Manifestações:** A Presidente do CNS **Maria do Socorro de**
173 **Souza** cumprimentou a todos e parabenizou os conselhos estaduais e municipais e disse que esse
174 quadro representa o empenho e comprometimento dos conselhos e admitiu não ser fácil em tão pouco
175 tempo garantir o decreto, o regimento, dialogar com a gestão, finalizar a agenda. Já era esperado mais
176 dificuldade de alguns estados, os quais precisam de mais apoio, e aproveitou a presença do CONASS
177 e do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Conselheiro André Luis
178 Bonifácio de Carvalho, mais concretamente Maranhão, Sergipe, Acre, Rondônia, Roraima, Tocantins,
179 Amapá e Pará. Ressaltou a importância do seminário que ocorrerá de vinte a vinte e dois de março
180 com o desafio de inovar a metodologia, tal como a forma de mobilizar não apenas olhando os
181 municípios, mas articulando a partir das regiões de saúde, visualizando as condições de vida e de
182 trabalho e o papel do SUS nos territórios, a condição feminina, racial, de informalidade; os que não
183 estão organizados a partir da base sindical e não só a partir do viés de classe, do mundo masculino, da
184 vinculação à sociedade a partir do assalariamento. Ele dará o tom do que se deseja alcançar na

conferência e faz parte da estratégia da mobilização e politização da agenda, do comprometimento das entidades sindicais e movimentos sociais realizando um debate com duzentos e cinquenta trabalhadores, mais de cem entidades, estudos, pesquisadores (como Márcio Pochmann, Roberto Nogueira, Margarida Barreto). Disse não ser possível envolver todos os conselheiros. Alguns já estavam participando por suas entidades e outros devem acompanhar as etapas macrorregionais, mas todos têm a responsabilidade de divulgar para contribuir com a estratégia de comunicação. Já foram apresentados dois jornalistas novos da recomposição da equipe, pois o Sr. Luiz Parahyba apesar de muito integrado na equipe, não pôde continuar porque recebeu uma proposta em Goiás. Por último, disse que durante visita do Ministro será preciso reforçar o compromisso do governo e do setor patronal e a responsabilidade dos outros ministérios com essa pauta e trazer para a centralidade o olhar da condição de saúde do trabalhador do setor público e privado, que está secundarizada na sociedade e na proposta de governo, para que não resulte em uma conferência internalizada. Se faz presente na reunião o Ministério da Previdência, representado pelo Conselheiro Marco Antonio Gomes Pérez, e há um diálogo com o Ministério ao Trabalho e a FUNDACENTRO, pois o país vive uma situação de pleno emprego e deve ter uma política efetiva de proteção à saúde do trabalhador e a Conferência é a forma de a sociedade defender o SUS como política de proteção à saúde contribuindo para o debate político do ano de 2014 até a 15ª Conferência Nacional de Saúde. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” cumprimentou a todos, presentes e internautas, e elogiou a comissão organizadora e seu coordenador, devido ao árduo e difícil trabalho desenvolvido ofereceu-se para contribuir no estado o Maranhão, cujo subsecretário foi seu colega de faculdade, e no estado do Rio de Janeiro, onde reside. Comentou que no dia anterior houve uma reunião do segmento dos usuários do CNS onde o Conselheiro Geordeci Menezes de Souza aprofundou as questões do seminário e da conferência o que a deixou feliz em ver que todas as colocações de opinião e crítica estavam contempladas e também em ver a abertura um espaço para discussão (antes fechado na conferência) pelos Conselheiros Nelson Augusto Mussolini e Olympio Távora Derze Correa. Elogiou que a mulher esteja representada nesse espaço, pois representa mais da metade da população que trabalha nesse país, e ainda tem o trabalho de casa. Lembrou que essa é uma conferência de cunho fundamental para a 15ª Conferência Nacional de Saúde e que todos devem participar levar a discussão para as entidades, já que todos são trabalhadores e a saúde dessa classe possui importância capital no momento político onde a população está morrendo a trabalhadora deve ter vida e saúde. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a todos, presentes e internautas, e disse que é preciso resolver questões práticas no plenário. A primeira delas seria definir um novo prazo para o envio das informações pelos estados, já que não será possível, como visto na apresentação, o cumprimento do prazo do dia vinte e oito de fevereiro. A segunda foi solicitar a divulgação de informações da etapa nacional porque é de praxe marcar com muita antecedência mas muitas questões ficarem para o último mês e as coisas não acontecerem ou os gastos serem bem maiores por problemas de logística como nas outras conferências. Em terceiro lugar solicitou esclarecimentos sobre a falta de divulgação das conferências que já tem data marcada mas não informaram o local, nem se a inscrição se dará como pessoa física ou por entidade, o que dificulta a organização, participação e até o convite. O Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez**, representante do Ministério da Previdência Social parabenizou a organização da conferência e levantou três pontos importantes para a previdência social. Primeiro destacou sua importância por pautar para a sociedade brasileira as questões de saúde no trabalho, lugar onde se passa mais de um terço da vida e todos os estados de saúde têm relação direta ou indireta com trabalho que os desencadeia, agrava ou ameniza. Hoje a saúde do trabalhador vem se consolidando constitucionalmente uma conquista que está também na legislação sanitária, previdenciária, trabalhista e até mesmo ambiental, mas se esgota na porta da fábrica, no momento em que o trabalhador vai fazer a perícia, no portão de casa quando empregada doméstica entra para trabalhar, ou quando o trabalhador rural atravessa a cerca da fazenda. O principal desafio atual dessa área intersectorial é levar à saúde do trabalhador para dentro do ambiente de trabalho. Informou que o Ministério da Previdência Social está montando estratégias para participar e assim que houver o calendário definitivo das macrorregionais irão sobrepor esse mapa com as gerências executivas do INSS e tentar um compatibilizar onde não coincidem para permitir ao máximo possível a participação da previdência social na conferência. Irão realizar uma videoconferência com todas as superintendências regionais do INSS para encaminhar a orientação aos delegados para a etapa macrorregional. Disse que estão elaborando um documento para servir de apoio o qual irá resgatar tudo que foi pautado na 3ª conferência em relação à previdência social: o que avançou, o que não avançou e o que precisa ser feito para consolidar as ações de saúde do trabalhador no país. O maior desafio hoje é a transparência de informações pois um trabalhador chega para pedir emprego na porta da empresa não sabe quantos acidentes de trabalho ela tem. Isso será levado para a pauta da conferência na forma do formulário eletrônico único que se chama e-social e está sendo elaborado pelo governo social com a DATAPREV e SERPRO compilando todas as informações que os empregadores devem declarar para receita federal, ministério do trabalho e previdência com informações do Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS , Cadastro Geral de Empregados e

248 Desempregados – CAGED, Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, que inclui informações de
249 Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP, Atestado
250 de Saúde Ocupacional – ASO, cujas informações estarão disponibilizadas por CNPJ, o que é direito do
251 trabalhador e do consumidor, que poderá saber antes de comprar o quanto de sangue do trabalhador
252 tem naquele produto ou serviço. A maior batalha da previdência é vencer a resistência das empresas,
253 como demonstrado essa manhã na CBN onde a FECOMÉRCIO protestava. A Conselheira **Ivone**
254 **Evangelista Cabral** cumprimentou a todos os presentes e internautas. Falou como membro da
255 comissão e ressaltou a necessidade de envolvimento nas etapas estaduais das entidades e dos
256 representantes dos movimentos sociais que se fazem presente no Plenário e os que assistem pela
257 internet, como da defesa dos grupos sociais quilombolas, trabalhadores informais, sindicalizados.
258 Pediu que o Conselheiro Geordeci Menezes de Souza explanasse os critérios para participação nas
259 macrorregionais para possibilitar maior participação. Disse que a conferência tem experimentado
260 algumas metodologias ativas na conversa com as representações sindicais e vai experimentar outras
261 no seminário do mês de março é importante que as entidades também façam o debate internamente
262 para levar as contribuições ao seminário e às etapas estaduais e macrorregionais utilizando como
263 documento básico a política nacional de saúde do trabalhador que deve ser lido e dissecado,
264 comparado com que ocorre no território para verificar se o trabalhador é acolhido na atenção básica,
265 na atenção hospitalar e na reabilitação e que a defesa do SUS seja incluído na pauta dos
266 trabalhadores. É importante ter a saúde do trabalhador dentro do local de trabalho, mas também a rede
267 de atenção à saúde se preparar para recebê-lo e não só funcionar no horário em que o ele está no seu
268 ambiente de trabalho, pensar uma outra forma de organização e trabalhar o plano terapêutico singular
269 de modo que possa atender o trabalhador em todos os espaços da rede de atenção. O Conselheiro
270 **Carlos Alberto Ebeling Duarte** repetiu o que foi discutido na reunião dos usuários de que a
271 participação se dá a partir das macrorregionais e não há proposta nova na etapa nacional devendo ser
272 discutida na base. A participação dos movimentos sociais e dos trabalhadores da área da saúde que
273 sofrem de assédio e pressão é importante. Trouxe outra questão relacionada à falta de participação da
274 gestão, com exceção de poucos presentes à reunião, mas que deveria se fazer presente não só
275 porque está ligada diretamente à área do trabalhador (e exemplo disso é a ausência de decreto de
276 convocação em muitos estados) para que isso não represente um descaso com a conferência. A
277 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** cumprimentou a todos e disse já ter sido contemplada na
278 fala da Conselheira Ivone Evangelista Cabral e colocou-se à disposição para auxiliar por meio da
279 FASUBRA sindical acionando as universidades nos estados do Acre e Maranhão que estão tendo
280 problema. A Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, representante da Federação Brasileira
281 de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA) falou enquanto coordenadora
282 adjunta do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e pediu ao CNS que divulgasse o ofício
283 protocolado para evitar que ocorra o mesmo em outras localidades. O documento trata da
284 demonstração de insatisfação do conselho municipal em relação à forma que a comissão organizadora
285 da estadual realizou a troca do município sede da macrorregional metropolitana de Porto Alegre para a
286 cidade de Novo Hamburgo, considerando-a arbitrarria e sem participação da comissão municipal que já
287 estava preparando o evento e relatou a possível exclusão da representante do município na etapa. O
288 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** informou que o documento já fora incluído no servidor. A
289 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, representante da Federação Nacional dos Assistentes
290 Sociais – FENAS e membro da comissão organizadora, solicitou que fosse enviado um comunicado
291 imediatamente em nome da Presidente do Conselho Nacional colocando os pontos fundamentais
292 discutidos nessa reunião e convidando as entidades a participarem da conferência, pois muitas
293 regionais de sua entidade não têm conhecimento. Levantou a questão da necessidade de atendimento
294 vinte e quatro horas para o trabalhador noturno que adocece na madrugada e o serviço de emergência
295 precisa contemplar essa realidade e ter tolerância para esperar até o dia seguinte e não mandá-lo
296 embora para voltar pela manhã e morrer ou ter seu quadro agravado. Criticou o pequeno orçamento
297 que inviabiliza a participação nas macrorregionais e pediu que seja explicado se o acesso é livre ou se
298 há restrições. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, representante da Confederação Brasileira dos
299 Aposentados e Pensionistas – COBAP, cumprimentou a todos, presentes e internautas, reconheceu a
300 importância e parabenizou a conferência porque hoje são aposentados, mas já foram trabalhadores e
301 questionou a possibilidade de avaliar a efetiva participação dos trabalhadores não só do serviço
302 público, mas da indústria, comércio, autônomos e agricultores que têm dificuldade de se ausentarem
303 do trabalho para participar desses eventos, talvez uma mensagem do CNS para que os sindicatos
304 dessas áreas se empenhem em sua participação e, se a empresa dificultar a participação, os
305 trabalhadores licenciados em tratamento de saúde por consequência do próprio trabalho contribuiriam
306 muito e seriam testemunhas importantes se estivesse presentes. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso**
307 **Silva** parabenizou a comissão e manifestou sua preocupação prometendo fazer sua parte pelo
308 CONASS para uma mobilização mais efetiva dos estados, sendo importante o CNS manter a todos
309 informados sobre o desenvolvimento das conferências regularmente possibilitando o
310 acompanhamento. Disse que os Presidentes do CONASEMS, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, e do

311 CONASS, Wilson Alecrim, tiveram uma conversa com o Ministro que lhes solicitou atenção com as
312 conferências de saúde. Talvez a lentidão seja um reflexo do que acontece nacionalmente com as
313 conferências, sendo uma oportunidade de sanar falhas do passado e não só atribuindo à gestão. Para
314 isso é preciso analisar os problemas para preparar a grande conferência de 2015 e fortalecer o
315 processo do controle e da participação social. O Conselheiro **Wilson Valério da Rosa Lopes** saudou
316 a todos e parabenizou a comissão pelo trabalho e falou em defesa das conquistas e direitos dos
317 trabalhadores mas reconheceu os limites e pressões que enfrentam em seu local de trabalho do
318 atendimento e da gestão que deve ser reconhecido nessa conferência para ver de outro patamar essas
319 relações num país com baixa taxa de desemprego. Disse acreditar que o atraso de alguns estados em
320 relação à aprovação do decreto reflete as dificuldades do controle social, como disse o Conselheiro
321 Jurandi Frutuoso Silva. Por isso a conferência deve ser um marco aprimorando a relação trabalho-
322 desenvolvimento-saúde e o CNS precisa aproveitar isso no âmbito dessa 4ª CNSTT pra olhar o país
323 que se deseja e construir coletivamente no controle social e na gestão e com o usuário do SUS. O
324 Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro**, representante da Federação Nacional das
325 Associações Pestalozzi – FENASP, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e compartilhou
326 sua preocupação com os dados apresentados em relação aos estados atrasados com o processo de
327 organização, especialmente no Rio de Janeiro que apresenta na tabela dos municípios participantes
328 das macrorregionais apenas quinze por cento (catorze dos noventa e dois) municípios existentes,
329 estando excluída uma região importante como a Baixada Fluminense, muito complexa no trato do
330 trabalho com os profissionais de saúde, a metrópole de São Gonçalo localizada na Metro II, e a grande
331 região serrana. Fez apelo à comissão estadual e ao CNS visando o fortalecimento da participação dos
332 trabalhadores que está colocada com sub-eixo. Outra preocupação é que Borba, no estado do
333 Amazonas, já realiza no dia seguinte a sua conferência regional e não há informação sobre a
334 publicação do texto orientador dessa etapa. Colocou à disposição o site da Federação Nacional das
335 Associações Pestalozzi – FENASP do Rio de Janeiro e da federal para contribuir na divulgação da
336 conferência. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, representante da Articulação de Organizações de
337 Mulheres Negras Brasileiras – AMNB, disse já ter sido contemplada nas outras falas, mas tem dúvidas
338 em relação à estrutura das comissões organizadoras nos municípios para saber a quem deve recorrer,
339 acredita que o site dá conta de certa forma, mas deve haver um formato de comunicação imediato,
340 como citou a Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca, para ampliar a divulgação porque os
341 trabalhadores comuns não sabem sequer o que é a conferência, providenciar uma base e levar às
342 organizações para divulgação. Questionou como estão sendo articulados os temas transversais, como
343 a orientação sexual, racismo institucional, a questão de gênero e como está sendo a participação dos
344 gestores (responsáveis por implementar o que for colocado). Deve haver um fortalecimento da fase
345 local, pois muitos trabalhadores não chegarão à etapa nacional. A Conselheira **Cleoneide Paulo**
346 **Oliveira Pinheiro**, representante da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –
347 FENACELBRA, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e parabenizou a comissão
348 organizadora. Disse que já foi contemplada em algumas falas, especialmente a da Conselheira Ivone
349 Evangelista Cabral, sobre a atenção primária e prevenção da saúde do trabalhador e falou sobre a
350 necessidade de envolvimento das Instituições de Ensino superior, como mencionado pela Presidente
351 do CNS, Maria do Socorro de Souza, na reunião dos usuários, para trabalhar os temas dentro das
352 grades curriculares e dos próprios funcionários das instituições para a prevenção de doenças como
353 LER, DORT e outras de grande incidência. Parabenizou o envolvimento dos outros ministérios, mas
354 talvez fosse cabível incluir o Ministério da Educação e o Ministério Público, que já possuem várias
355 ações conjuntas com o CNS. Perguntou como será trabalhada a questão da segurança alimentar e
356 nutricional, o que faz parte da saúde do trabalhador. Colocou-se à disposição para apoiar enquanto
357 conselheira municipal de Fortaleza e estadual do Ceará. **Paulo Humberto Gomes da Silva** presidente
358 do conselho estadual do Rio Grande do Sul, esclareceu a questão trazida pelo conselho municipal de
359 Porto Alegre dizendo que recebeu a denúncia, mas precisa verificar o conteúdo para responder. Disse
360 não ser verdade a retirada de um participante do conselho municipal, porque teve o cuidado de
361 verificar no dia anterior e o nome da pessoa estava listado. Com referência à saída da conferência
362 macrorregional de Porto Alegre, afirmou que estava sendo discutida há dois meses e ainda não
363 possuía comissão organizadora e a avaliação é que não seria feita disputa política, pois a conferência
364 é maior que isso. Houve uma reunião no início do mês de fevereiro com a representação estadual e
365 municipal e o gestor municipal respondeu que não tinha confiança administrativa e política de que a
366 conferência se realizaria. Por não querer correr o risco de não realizar a conferência devido ao
367 compromisso da comissão estadual, definiu em três horas com o município de Novo Hamburgo a
368 realização de forma gratuita. Disse que ainda existem dois municípios com problemas políticos, e que
369 se for necessário irão alterá-los também. O Conselheiro **João Rodrigues Filho** cumprimentou a todos
370 e informou que sua entidade está divulgando a conferência e que foi iniciado no dia anterior no centro
371 de treinamento da CNTC um evento sobre saúde e segurança do trabalho e sobre a conferência com
372 cerca de trezentos e trinta participantes de todas as entidades sindicais de base, segundo grau,
373 terceiro grau e algumas centrais. Roque Veiga e Olga de Oliveira Rios da SVS estiveram presentes.

Há outro programado para dezessete, dezoito e dezenove no Hotel Nacional com a presença de trezentos sindicatos e federações dos trabalhadores da saúde que possui dentre os palestrantes Carlos Augusto Vaz de Souza e o Conselheiro Geordeci Menezes de Souza. Outro ainda programado para catorze de março com trinta mil pessoas confirmadas na Avenida Paulista não sabe se pode levar a bandeira e o bilmp do movimento reivindicatório de promessas do governo não cumpridas, como a jornada das trinta horas para os trabalhadores da saúde. Disse que já contatou a CNTL e a confederação dos servidores públicos do Brasil e está com dificuldade de contato com a CUFA. Participa da comissão executiva e da comissão de mobilização da Conferência, e justificou que não pôde participar dessa última devido ao curto prazo de definição das reuniões que impossibilita a emissão de passagens. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**, representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), cumprimentou a todos e disse que sua entidade vem divulgando a conferência e publicou em sua fanpage e nas páginas pessoais. Parabenizou os Conselheiros Geordeci Menezes de Souza e João Rodrigues Filho e a comissão organizadora e opinou que a 4^a CNSTT deve ser assumida com afínco por todos, afinal todos são trabalhadores. A fonoaudiologia trabalha com dois grandes problemas de saúde laboral que são a perda auditiva induzida por ruído que acomete cerca de vinte e cinco por cento dos trabalhadores expostos ao ruído e os distúrbios vocais relacionados ao trabalho e pediu a atenção de todos para publicar o protocolo de distúrbios da voz, um processo de catorze anos que foi finalizado em julho de 2012, já que alguns municípios possuem metade da força de trabalho de professores afastados por problemas vocais e esse problema deveria entrar a na agenda do Sistema Único de Saúde. Enquanto secretária do FENTAS solicitou a disponibilização de um estande para a entidade na 4^a CNSTT (como na 13^a e 14^a Conferências Nacional de Saúde) o que será formalizado por meio de ofício. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** cumprimentou a todos, parabenizou a comissão organizadora e justificou a ausência do novo secretário da SGEP, o Conselheiro André Luis Bonifácio de Carvalho que não pôde participar devido à sequência de agendas da reunião da Mesa Diretora do CNS, à qual ele esteve presente, e do Pleno. Ela chegou atrasada por motivos de saúde e a Conselheira Eliane Aparecida da Cruz está de licença, mas estiveram presentes representantes do DAGEP e da SVS durante a apresentação. A Conselheira **Patricia Augusta Alves Novo**, representante da Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ, parabenizou organização da conferência e chamou a atenção para o processo de envelhecimento, em especial ao caso das demências, e dos cuidadores e no investimento em sua organização profissional. O Conselheiro **Elias José da Silva**, representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS), cumprimentou a todos e falou enquanto conselheiro estadual do Rio de Janeiro, membro da comissão executiva e vice-presidente do sindicato dos técnicos em segurança do trabalho do estado. Relatou que dia vinte e um de fevereiro houve uma reunião no conselho estadual com deliberação da discussão da CIST e presença de treze coordenadores dos CERESTs e representantes de vários municípios, incluindo a Baixada Fluminense e São Gonçalo onde foi aprovado o regimento e o calendário das etapas de sua responsabilidade. Previu que deverão ser publicados até a próxima segunda-feira o edital e o regimento. **Retorno da mesa. Carlos Augusto Vaz de Souza** agradeceu as contribuições que trazem riqueza ao debate e que serão levadas em conta na organização da conferência, um processo continuo que deve ser permanentemente aperfeiçoado. Comunicou a ocorrência de uma reunião nos dias onze a catorze de fevereiro onde foi estabelecido que a comissão executiva, composta pelo CNS e MS (SVS e SGEP) irá se reunir todas as sextas-feiras para tratar da organização. O termo de referência está sendo finalizado pelo núcleo de eventos e ceremonial da SVS e dará suporte à contratação dos serviços da etapa nacional. A Secretaria Executiva do Ministério (SE) está negociando com o Governo do Distrito Federal (GDF) para realização desta etapa no Centro de Convenções com isenção ou redução e taxa. Haverá uma reunião da SVS e SGEP com a SE para definir os detalhes de orçamento que é dividido entre o CNS e a SVS. Divulgou o endereço, telefone e e-mail da secretaria da conferência pelo qual todas as questões e dúvidas devem ser tratadas (4cnstt@sauda.gov.br). Informou que será feito **contato com todos os conselhos estaduais para que cumpram o prazo de envio das informações no dia vinte e oito de fevereiro (possibilitando o acompanhamento) e com todas as organizações governamentais e movimento sociais que desejam que participem para se engajarem em todas as etapas, incluindo MEC e MP**, como solicitado pela Conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro. Reforçou a fala da Conselheira Ivone Evangelista Cabral dizendo que a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora (Portaria nº 1823 de 2012 do Ministério da Saúde) é o texto base, analisando seus avanços e entraves, e que **será lançado no dia seguinte um texto orientador mais enxuto para as conferências que serão realizadas antes da finalização do texto delineador encomendado com quatro sub-eixos e está previsto para a semana pós-carnaval**. O Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez** solicitou que quando o calendário for disponibilizado venha acompanhado dos contatos dos organizadores para possibilitar o contato e auxílio por parte dos conselheiros e entidades. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** respondeu ao Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur sobre a necessidade de alteração do prazo que o regimento dá o prazo do dia 28 para comunicação das datas definitivas sugerindo que deixasse passar essa data e depois a comissão organizadora, que se reúne com mais

frequência, definiria nova data limite para os estados inadimplentes para não correr o risco de que também não cumpram o novo prazo. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** alegou que o regimento interno foi aprovado no Pleno e, portanto, ele deveria delegar à comissão a possibilidade de prorrogá-lo para garantir legitimidade. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** abordou o critério de participação nas macrorregionais e disse que embora o regimento tenha dado aos estados a liberdade de organização, por serem conferências institucionais com a participação da sociedade, estão abertas a participação de todos os trabalhadores, podendo contribuir e pleitear uma vaga na estadual da forma como funcionam as municipais. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** questionou se a inscrição se daria por CPF ou por entidade ao que foi respondido que seria por entidade, pois só ela poderia eleger delegado. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** entendeu que o questionamento da Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca se deu porque no estado do Tocantins, por exemplo, o número de participantes por município foi limitado em razão de a etapa ocorrer em outra localidade e haver uma necessidade de deslocamento dos participantes, estando aberta a participação para a entidade que não solicitar financiamento do município. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** alegou que quem está organizando precisa de uma definição de número de participantes. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** afirmou que as conferências municipais ocorrem da mesma forma com uma previsão do número de participantes mas sem limitação de aceso. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** admitiu ser pertinente a pergunta do Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur, mas entendeu ser decisão do estado organizador. Em relação aos objetivos da conferência e sua publicitação concordou com as observações dos Conselheiros Maria Laura Carvalho Bicca, Marco Antonio Gomes Pérez e Maria do Socorro de Souza, especialmente sobre a participação das gerências regionais do INSS e a divulgação na página da Conferências. **Será pautado na próxima reunião da comissão organizadora com a presença do Ministério da Previdência, do Trabalho, da Saúde e várias entidades sindicais o pedido do Conselheiro Geraldo Adão Santos para discutir uma forma de garantir a participação dos trabalhadores na conferência**, sendo possível, talvez, o envio pelo MTE de um ofício às empresas da localidade onde será realizada a macrorregional para permitirem a participação de seus empregados. Afirmou que em muitos estados não estão pontuados todos os municípios porque tratam de regiões metropolitanas, mas já foi pedido, e será reiterado, **aos estados que denominem os municípios que fazem parte de cada macrorregional** para atingir o estado em sua plenitude e **será enviado aos conselheiros um e-mail periodicamente para informar a situação dos estados** a partir do dia vinte e oito quando chegam as respostas para que possam auxiliar no processo e também acessando o site com as informações. Muitas falas tratam de temas para 4^a CNSTT e deve-se pensar em como eles podem ser abordados, como as Conselheiras Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Simone Vieira da Cruz e Patricia Augusta Alves Novo. A comissão teve o cuidado de dizer aos colaboradores que abordassem esses temas no texto norteador e a Presidente do CNS cobra sempre que sejam tratados, mas somente conter no texto não garante a ocorrência de propostas a ele relacionadas e por isso afirmou ser importante que os conselheiros e as entidades pontuem essas propostas nas macrorregionais para que apareçam nas estaduais e na nacional. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** afirmou que a ACELBRA possui representação em todos os estados com a participação garantida de representantes em todos os movimentos garantindo as propostas. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** falou sobre a questão da comunicação e o DIEESE, parceira na comissão de organização formulação e relatoria e auxilia na construção dos textos, que ficou responsável por formular uma pesquisa a ser aplicada nas macrorregionais fazendo vários recortes do serviço público e privado e outros elementos que serão disponibilizados posteriormente gerando informações sobre os participantes (faixa etária, emprego formal ou informal, gênero, raça). Em relação a comunicação pediu que todas as entidades presentes reservassem um espaço na página para o link e a logomarca, e incluir em seus e-mails e falas em conferências, seminários e plenárias divulgação da 4^a CNSTT e agradeceu a todos que se colocaram à disposição para ajudar. **Prometeu enviar comunicação e manterá a todos informados sobre o andamento.** O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou quando será enviada a logomarca e foi informado que será enviado a todos por e-mail juntamente com o release e está na página e deixado o modelo no site. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** sugeriu o envio de uma mala eletrônica. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** colocou em votação a **autorização à comissão organizadora da prerrogativa para prorrogar o prazo de envio das informações pelos estados, o que foi aprovado.** A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, "Santinha"** pediu aplausos para a apresentação da conferência e os participantes aplaudiram. **Encaminhamentos: contatar todos os conselhos estaduais para que cumpram o prazo de envio das informações no dia vinte e oito de fevereiro e todas as organizações governamentais e movimento sociais que desejam que participem para se engajarem em todas as etapas, incluindo MEC e MP. Lançar em 27 de fevereiro um texto orientador para as conferências que serão realizadas antes da finalização do texto orientador previsto para a semana pós-carnaval. Pautar na próxima reunião da comissão organizadora com a presença do Ministério da Previdência, do Trabalho, da Saúde e várias entidades sindicais a discussão da forma de garantir**

500 a participação dos trabalhadores na conferência. Reiterar aos estados que denominem os
501 municípios que fazem parte de cada macrorregional. Enviar aos conselheiros um e-mail
502 periodicamente para informar a situação dos estados. Desfeita a mesa, passou-se à apresentação
503 do item 6. **Inversão de pauta. ITEM 6 – INFORMES E INDICAÇÕES** - Apresentação: **Maria do**
504 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS. A oradora comunicou que a Mesa Diretora do CNS esteve
505 reunida na segunda e terça-feira que antecederam a 254^a RO analisando o cenário do Congresso
506 Nacional as prioridades de projetos que tramitarão nas duas casas em 2014 e tratando da 15^a
507 Conferência Nacional de Saúde. Divulgou a apresentação da assessora parlamentar do CNS,
508 Alessandra Giseli Matias, sobre a pauta da saúde no Congresso já que ela não pôde estar presente
509 por encontrar-se, naquele momento, acompanhando a definição da composição das comissões do
510 Congresso. Esse material será aprofundado na jornada das comissões que reunirá mais de duzentos
511 componentes que assessoraram as comissões do CNS para aprofundar o debate sobre o cenário político
512 do país. Diversas pesquisas realizadas pelos meios de comunicação comprovaram que a pauta da
513 saúde pública brasileira continua sendo tema prioritário para a sociedade e tendo papel de destaque
514 nos projetos legislativos na Câmara e no Senado juntamente com segurança pública, violência, drogas,
515 educação e corrupção. O Conselho deve estar atento à correlação de forças favoráveis aos interesses
516 da sociedade. Por ser um ano eleitoral e de realização da copa do mundo de futebol, a assessoria
517 avaliou que haverá uma baixa produção legislativa com ausência de grandes debates e apresentação
518 e novos projetos, o que não significa que o governo e os partidos não tenham suas prioridades. A
519 previsão é que terão prioridade o código da mineração, o código de processo civil, o código penal e o
520 marco civil da internet (este último já em avançada discussão no Congresso), além da proposta de
521 reformulação do regimento interno do senado que merece atenção do controle social para avaliar a
522 perda social gerada pela extinção da comissão de direitos humanos e legislação participativa nessa
523 reforma. A comissão de direitos humanos da Câmara ficará esse ano com o Partido dos
524 Trabalhadores, segundo o acordo político. No Senado ela é sempre alvo de bastante disputa e a
525 assessoria deverá verificar quais acordos ou combinações estão se formando já que, pela experiência
526 do Conselho, essa comissão fez a diferença em 2013 politizando mais a agenda da saúde que a
527 equivalente da Câmara dos Deputados, onde o debate foi mais corporativo e contrário às propostas do
528 controle social. Disse que não iria entrar no debate do financiamento que seria ponto de pauta no
529 período da tarde no qual a COFIN trataria das estratégias de continuidade do movimento Saúde + 10 e
530 suas propostas de atividades regionais em todo o país, assim como do orçamento impositivo e a
531 destinação de cinquenta por cento das emendas parlamentares para a saúde. O setor privado também
532 propõe temas de financiamento da saúde como a reduções de tributos e isenções que devem ser
533 acompanhados de perto pela sociedade. Outro ponto que estará na pauta do Congresso é a cota para
534 negros nas vagas oferecidas nos concursos públicos, o que interessa ao pleno que possui diversas
535 representações do movimento negro, movimento feminista e movimentos populares, tendo uma luta
536 histórica para garantir uma condição de maior igualdade e participação para os negros a exemplo do
537 ingresso nas universidades públicas. Há também a discussão de uma medida provisória para reduzir o
538 índice de endividamento dos assentados da reforma agrária (que possui custo para os assentados),
539 tema recolocado na agenda nacional por uma mobilização realizada no mês anterior pelo MST com
540 cerca de dezesseis mil participantes e mais uma que será realizada pela CONTAG no próximo mês.
541 Outro tema é a questão indígena que realizou mobilização na esplanada na ocasião da conferência de
542 saúde indígena mas não avançou no governo e com certeza está na agenda eleitoral e do congresso
543 nacional que possui uma forte tendência contrária aos interesses dos povos indígenas já consagrados
544 na constituição. Por fim, a temática da segurança pública e violência em razão dos grandes eventos
545 copa do mundo e dos jogos olímpicos, onde se prevê manifestação pública pleiteando uma ação mais
546 efetiva dos governos estaduais e federal, o que possui uma interface direta com a saúde e já existem
547 alguns projetos de lei tramitando na casa. Foram analisados os grandes debates que ocorrerão no
548 primeiro semestre, até junho, pois o ano será encurtado devido à copa do mundo e eleições o que
549 significa que o CNS deve se preparar para a corrida legislativa. Respondeu aos questionamentos
550 dizendo que as reuniões do Conselho serão ajustadas ao jogos. Demonstrou as estratégias de ação
551 utilizadas pelo órgão colegiado para influenciar na tramitação dos processos tais como pressionar,
552 participar de audiência pública, realizar mobilizações como as que estão previstas sobre o
553 financiamento, a 15^a Conferência Nacional de Saúde, o agrotóxico, dentre outras, apesar de as portas
554 do auditório do Congresso estarem fechadas à sociedade. Ressaltou a importância de participar de
555 audiências públicas e dialogar com comissões, fazer pressão, negociações e esclarecimentos
556 complementares o que gerou resultados positivos em relação ao ato médico, o programa mais médicos
557 e o financiamento, mas é necessário aprimorar os caminhos para fazer com que a pauta da saúde seja
558 colocada no centro do debate, pois está muito dispersa. Outras estratégias precisam ser estabelecidas,
559 como participar das reuniões das comissões e seminários. A Mesa Diretora e a assessoria parlamentar
560 estão mapeando as agendas do plenário e das comissões para que participem mais ativamente no
561 CNS e não somente quando convidados. Também estão mapeando os vetores de influência porque
562 muitas decisões não são feitas somente nas comissões, mas em acordos entre líderes, na Casa Civil,

563 na bancada da saúde e em outros espaços, como o caso da internação compulsória e do agrotóxico.
564 Alegou que quando há muita tensão muitas vezes o diálogo não envolve todos os interessados e não é
565 transparente para que a sociedade perceba qual é a tendência dessas discussões. Falou da existência
566 de rituais parlamentares que elegem a chamada “elite do congresso nacional”, pessoas que dentro dos
567 partidos assumem o papel de debatedor, articulador, formulador de propostas legislativas, negociador
568 e formadores de opinião, o que achou extremamente interessante porque, particularmente,
569 desconhecia. A assessora Alessandra Giseli Matias está estudando formas de melhorar a estratégia de
570 intervenção tais quais: selecionar o campo de interesse do CNS, realizar estudos técnicos, criar um
571 banco de dados e disponibilizar informações para as entidades. Deixou claro que a assessoria e a
572 Mesa não conseguem acompanhar todos os processos legislativos e que as entidades devem ajudar
573 ao tomar conhecimento de algum tema e trazê-lo à pauta, como por exemplo o Conselho Federal de
574 Psicologia que foi determinante em levar a questão da internação compulsória e os trabalhadores
575 sobre a discussão do ato médico. Algumas prioridades foram eleitas, mas são vinte e seis comissões
576 no CNS, mais que o Congresso, e elas têm a missão de acompanhar os temas afetos à sua área de
577 atuação. Colocou o que o conselho está reafirmando que o destaque dos processos prioritários no
578 planejamento de 2013. O primeiro foi o serviço civil em saúde que estava em tramitação e terminou
579 parado por conta da priorização do debate do Programa Mais Médicos, que ao mesmo tempo foi
580 importante porque elevou ao patamar de urgência discutir também o serviço civil em saúde e mudou a
581 posição do MEC, das entidades médicas, dos estudantes e das universidades. A discussão da lei de
582 responsabilidade sanitária, que precisa avançar bastante. O financiamento da saúde é uma política
583 permanente, mas é preciso discutir a transparéncia, melhoria e o nível de responsabilização da gestão
584 com o serviço e sua qualidade. Existem duas proposições do SUS e da sociedade brasileira tramitando
585 com maturidade na Câmara e no Senado, resta saber se haverá tempo e priorização dessa pauta. A
586 internação compulsória está em tramitação e teve audiência pública recentemente e há uma conversa
587 com o relator para verificar a definição. Disse acreditar que o governo resolveu o conflito com o
588 parlamento desmembrando o debate da receita corrente líquida para a saúde no patamar inicial de
589 treze por cento até quinze por cento, o que não é a proposta do Conselho ou do movimento Saúde +
590 10, mas foi o consenso obtido entre o governo e os partidos em 2013, e a destinação de cinquenta por
591 cento das emendas parlamentares para a saúde do orçamento impositivo, o que, de certa forma,
592 beneficiou o CNS evitando a votação em bloco e permitindo a retomada da discussão em 2014 e
593 reafirmar a proposta de 10 por cento da receita corrente bruta da união. Ainda tem pauta no congresso
594 o Ato Médico e a carreira de Estado de médico. Está em discussão Projeto de Lei apresentado pelo
595 governo em substituição ao que obteve os vetos defendidos pelo CNS. A CIRH está se dedicando a
596 observar esse projeto que tem alguns pontos de conflitos mas não é pior que o que foi vetado. Saúde
597 da mulher é outro tema em pauta, confessou não saber exatamente o ponto de estrangulamento desse
598 assunto no Congresso, mas não saiu da pauta a descriminalização do aborto, é um tema que sempre é
599 tratado com muita resistência, e muita tensão, mas o CNS a partir das suas conferências, de seu papel
600 de entender que é um problema de saúde pública, precisa contribuir para esse debate. A Medida
601 provisória do Programa Mais Médicos já foi aprovada e agora está sendo discutida a implementação
602 da Lei. Foi exibida a divisão dos partidos na composição das comissões temáticas da Câmara Federal.
603 Comissão de agricultura, pecuária, abastecimento e desenvolvimento rural com o PR; comissão de
604 ciência e tecnologia, comunicação e informática com o PSDB; comissão de constituição e justiça e de
605 cidadania com o PT; comissão de cultura com o PCdoB; comissão de desporto com o PDT; comissão
606 de defesa do consumidor com o PSD; comissão de desenvolvimento urbano com o PMDB; comissão
607 de desenvolvimento econômico, indústria e comércio com o SDD; comissão de direitos humanos e
608 minorias com o PT; comissão de educação com o PSB; comissão de finanças e tributação com o
609 PMDB; comissão de fiscalização financeira e controle com o PMDB; comissão de integração nacional,
610 desenvolvimento regional e da Amazônia, que é extremamente relevante, com o Pros; comissão de
611 legislação participativa continua com o PSC; comissão de meio ambiente e desenvolvimento
612 sustentável com o PPS/PV, acredita ter alguma indefinição nesse caso; comissão de minas e energia
613 com o PSD; comissão de relações exteriores e defesa nacional com o PSDB; comissão de segurança
614 pública e combate ao crime organizado com o DEM; comissão de segurança social e família com o
615 PT; comissão de trabalho, administração e serviço público com o PP; comissão de turismo com o PP e
616 comissão de viação e transporte com o PTB. Acha importante destacar para a área da saúde a
617 comissão de segurança social e família a de direitos humanos não foram barganha entre outros jogos
618 de interesse. Houve uma perda significativa, um retrocesso na abordagem do que a sociedade
619 historicamente defende como direitos humanos, à medida que o deputado Feliciano assumiu houve
620 reação de diversos segmentos da sociedade e acredita que dessa vez o governo teve reconhecimento
621 da importância dessa comissão, percebeu o prejuízo que trouxe, para a democracia e cidadania
622 brasileira, em não rifar uma comissão dessa importância. Direitos humanos passou a ser
623 compreendido muito mais como defesa de bandido e na história da democracia e cidadania brasileira
624 direitos humanos fazem parte do direito à vida. Não é qualquer comissão e é sabido que o público mais
625 atingido era o historicamente excluído: mulheres, negros, populações mais vulneráveis, LGBT, e isso

626 tem tudo a ver com a saúde. A violação de direitos humanos adoece e mata. A definição da
627 composição está sendo realizada nessa manhã. Uma conversa de bastidores afirma que Nilmário
628 Miranda (PT/MG) pode coordenar a comissão de constituição e justiça; Benedita da Silva é o nome
629 indicado para a comissão de seguridade social e família; e Vicente Cândido (PT) para a comissão de
630 direitos humanos e minorias. Estava torcendo para que a Deputada Erika Kokai assumisse, pois tem
631 contribuído muito com as discussões dentro dessa casa, sempre atendendo ao convite do CNS de
632 trazer a agenda de direitos humanos e da saúde, talvez por ser do PT/DF tenha menos força que o
633 PT/SP, há uma correlação de forças entre os estados e as lideranças. É importante destacar a
634 seguridade social e família. Estava sob coordenação do Deputado Rosinha, e não sabe se ele será
635 candidato às eleições de 2014, pois havia uma possibilidade de ele não se candidatar, e isso pode ter
636 levado o PT a uma outra indicação de nomes e, por isso, a possibilidade da Deputada Bendita da Silva
637 que possui um histórico importante, mas é necessária uma injeção de ânimo para que determinadas
638 questões tramitem, pois às vezes ficam numa posição de não enfrentar e não priorizar determinados
639 debates e é importante manter permanentes diálogos com quem for coordenar essa comissão.
640 Informou que logo após a posse do Ministro Arthur Chioro essa foi uma das preocupações que ele
641 colocou para o CNS, já que no ano de 2014, onde a pauta da saúde é uma das pautas em disputa e
642 permanente, uma vitrine para os meios de comunicação e para a sociedade, o que poderia ocorrer se
643 essa comissão tivesse os interesses contrários aos defendidos pela sociedade de um sistema
644 universal, integral, para todos e de qualidade? Acredita que ele próprio irá colocar essa situação em
645 sua visita ao CNS nessa data, mas já acenou como sendo uma vitória do Ministro. O Dr. Rosinha é
646 extremamente comprometido e disposto ao diálogo, mas muitas vezes não teve apoio, inclusive de
647 áreas do governo, para tocar a pauta da saúde. Então não ter ido para outro partido contrário aos
648 interesses do SUS já é um aceno da capacidade de influência e diálogo que o Ministro teve ali dentro.
649 A Conselheira **Paula Johns** informou que a presidência já foi confirmada nessa manhã com o
650 Deputado Amauri Teixeira do PT/BA na presidência da comissão de seguridade social e família. A
651 Presidente do CNS **Maria do Socorro de Souza** afirmou ser um bom nome para a comissão, pois ele
652 abraçou o movimento Saúde + 10 com o Deputado Darcísio Perondi e os demais deputados daquela
653 casa e fez diferença. Em seguida apresentou os líderes dos partidos para 2014 para que seja feita uma
654 leitura política dessa composição: PT, Vicentinho (uma sinalização do governo que haverá forte
655 discussão do processo das terceirizações e colocar um sindicalista como líder do partido esse ano
656 significa um interlocutor com as centrais sindicais para discutir o processo de terceirização, que foi uma
657 das pautas mais tensas do ano anterior); PMDB continua com Eduardo Cunha (uma liderança muito
658 dentro do partido, da Câmara dos Deputados, muito influente junto à Presidenta Dilma Rousseff, com o
659 qual não é fácil negociar, pois ele é um pouco refratário ao diálogo com os movimentos sociais, mas se
660 dispôs a contribuir, com influência de outros parlamentares, do PMDB em acolher o pessoal da saúde,
661 pois a pauta da saúde está sempre presente, e não é todo parlamentar que quer dialogar com ela).
662 Eduardo Cunha, por influência do Perondi e outros parlamentares, levou à Preditora a discussão do
663 financiamento); Bloco PP, PROS, Eduardo da Fonte; PSDB, Antonio Imbassahy; PSD, Moreira
664 Mendes; Bloco PR, PTdoB, PRP, Anthony Garotinho (continuando em representação de minoria);
665 DEM, Mendonça Filho; PSB continua com Beto Albuquerque; SDD, Fernando Francischini; PDT, Vieira
666 da Cunha; PTB, Jovair Arantes; PCdoB, Jandira Feghali; PSC, Andre Moura; PRB, George Hilton; PV,
667 Sarney Filho; PPS, Rubens Bueno; PSOL, Ivan Valente; PMN, Francisco Tenório; Liderança do
668 Governo: Arlindo Chinaglia (PT/SP). No Senado Federal não houve tantas alterações. Não há muita
669 informação de como compõem os blocos, mas sabe-se que elegem líder, e três vice-líderes. O Bloco
670 de Apoio ao Governo, com vinte e cinco membros, tem como líder Wellington Dias e como Vice-líderes
671 Acir Gurgacz que acredita ser do PDT/RO, Rodrigo Rollemberg (PSB/DF) e Inácio Arruda (PCdoB/CE).
672 O Partido dos Trabalhadores tem como líder Humberto Costa e quatro Vice-líderes: Walter Pinheiro
673 (BA), Aníbal Diniz (AC). Paulo Paim (RS) e Eduardo Suplicy (SP). O Partido Democrático Trabalhista
674 (PDT) tem como líder Acir Gurgacz; o Partido Socialista Brasileiro tem como líder Rodrigo Rollemberg
675 e Lídice da Mata como vice; o Partido Comunista do Brasil, Vanessa Grazziotin e Inácio Arruda como
676 vice; e o Partido Socialismo e Liberdade, Randolfe Rodrigues. É importante destacar o isolamento
677 político existente e que precisa ser superado e dialogar com outros líderes que têm sido importantes no
678 debate da pauta da saúde, inclusive o PSOL que teve grande destaque na defesa do Mais Médicos, do
679 Ato Médico e do financiamento. A pauta da saúde é transversal a todos os partidos, mas o CNS
680 dialoga mais com uns que com outros, mais com os que defendem o projeto do SUS, mas há conflito e
681 tensões entre partidos e essas pautas e mesmo assim termina focando muito, historicamente, entre o
682 PT, PCdoB e PSB. O Bloco Parlamentar da Maioria continua com o PMDB, com Eunício Oliveira (CE)
683 como líder, propenso a disputar o governo do estado do Ceará, substituindo a influência que Ciro
684 Gomes tem no estado. Os vice-líderes do PMDB são Ricardo Ferraço, Romero Jucá e Vital do Rêgo. O
685 PP possui como representantes Francisco Dornelles e Ana Amélia, que é possível candidata a disputar
686 o governo do RS, inclusive com o apoio da Marina e do PSD. O Partido Social Democrático tem como
687 líder Sérgio Petecão e o Partido Verde Paulo Davim, também muito comprometido com a pauta que o
688 controle social tem levado, defendendo os argumentos em relação à saúde e colocando seu gabinete à

disposição da defesa do SUS. Não quis se alongar muito e citou o PTB com Gim Argelo, dentre outros nomes de peso na liderança dos partidos. Na jornada das comissões tratarão dos outros debates que desejam que o Congresso se atenha, a Assessora Alessandra Giseli Matias trará mais detalhes, mas cada comissão deve acompanhar os projetos priorizados pelo CNS. Encerrou sua fala **e abriu para considerações do Pleno**. A Conselheira **Sandra Regis** informou que a comissão de saúde mental na reunião de dezembro fez um corpo a corpo dentro do Senado para tentar impedir que o PL fosse votado naquele momento na CCJ e ele foi adiado para início de março. Já havia uma pré-disposição para que não fosse votado. Foi interessante pois ficaram dois dias na Câmara e no Senado, e seria bom que tivessem se organizado para a votação, mas não conseguiram se articular. O Projeto irá passar nessa comissão e depois vai para uma outra, que talvez o Senador Humberto Campos esteja presidindo. A CISM está acompanhando. A Presidente do CNS **Maria do Socorro de Souza** disse que para não ficar nada pendente seria bom agendar uma reunião com o relator, que ainda não concluiu seu relatório, e se colocou à disposição da CISM para ajudar e conversar com o Conselho Federal de Psicologia e o fórum antimanicomial e para que a coordenadora adjunta fosse tocando a pauta e tomando as medidas que entendesse necessárias com apoio do CNS. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** cumprimentou a todos e fez dois reconhecimentos: que a Mesa recebeu esse belíssimo trabalho feito pela Assessoria Parlamentar na véspera e hoje a Conselheira Maria do Socorro de Souza já se apropriou a ponto de apresentar como se tivesse construído o material junto com a Alessandra Giseli Matias. O outro reconhecimento foi que a Assessoria Parlamentar tem contribuído muito com a Mesa Diretora, sempre trazendo uma análise conjugada ao planejamento estratégico do CNS. Sugeriu aos que não tiveram oportunidade de observar essa apresentação que se apropriem dela (que já estava disposta no servidor). A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**, representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia e da Secretaria do Fórum dos Trabalhadores, cumprimentou a todos e parabenizou a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, pela apropriação do objeto em tempo recorde e reconheceu que uma das grandes discussões do ano anterior foi a carreira de Estado para a categoria médica, mas no bojo da discussão do ato médico e com a vinda do Ministro nessa tarde precisa ficar claro (como ele mesmo disse em seu discurso na transmissão de cargo) que não se faz saúde sem todos os trabalhadores da saúde e não só de uma única categoria profissional, resultando na necessidade de uma carreira de Estado para todos os profissionais da saúde, o que ressolveria um a série de questões, inclusive acerca do cumprimento de carga horária de trabalho. Isso foi objeto de discussão na reunião do Fórum dos trabalhadores do dia quatro de fevereiro, mas ainda não haviam tido a oportunidade de pontuar no Pleno. Acredita também que, a despeito de ter uma necessidade de fazer um acompanhamento dos projetos de lei que tratam do controle social e da atenção à saúde de um modo geral, com o que concorda plenamente, poderiam contribuir com o que as assessorias parlamentares de cada entidade vêm levantando naqueles projetos de lei que dizem respeito a uma categoria profissional em especial para dar conhecimento do que está tramitando. Elogiou mais uma vez a apresentação. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** também disse estar muito contente de ver o levantamento geral e o andamento, pois no ano anterior tinham sido apresentados todos os projetos que estavam tramitando e esse ano já inicia um novo ano parlamentar e esses projetos tem que ser reapresentados para entrarem na ordem do dia do debate na Câmara. É importante estar sempre atento ao cumprimento de determinadas legislações que entram em vigor e depois passam a ser letras mortas. Uma delas é a Lei do Mais Médicos que tem uma parte da formação de recursos humanos em saúde que amplia para os outros campos de formação na saúde as mesmas diretrizes previstas na lei, com abertura de cursos mediante editais indutores, e o CNS precisa ficar atento não só ao que já foi aprovado, mas resgatar as brechas na legislação aprovada e, depois, como o foco está todo sobre a questão da formação de mais médico para o país se esquece que tem uma formação de outros profissionais com controle de qualidade. Também reforçou a ideia de que precisa ser retomado o debate sobre a carreira de Estado, pois o projeto de lei em tramitação no Congresso tratando da carreira de Estado para médicos e dentistas tem mais chance de ser aprovado que outros que foram apensados a esse. Defende que sejam atendidas todas as categorias profissionais para que os usuários do SUS sejam assistidos por uma equipe multiprofissional com o mesmo padrão de qualidade, mesmo compromisso e envolvimento. Outras categorias profissionais estão surgindo e possuem projeto de lei tramitando no Congresso Nacional e passam ao largo, não sendo sequer debatidas no Pleno. Citou exemplo da profissão de cuidador, instrumentador cirúrgico, obstetrícia, que possuem projetos de lei isolados e muitas vezes nem aparecem na relação. Apoiou a sugestão da Conselheira Denise Torreão Corrêa da Silva para que sejam levantados as informações das assessorias parlamentares das associações profissionais e conselhos federais e o Fórum dos trabalhadores poderia auxiliar juntando as informações e passando para a assessora do CNS. A Presidente do CNS **Maria do Socorro de Souza** sentiu falta de PLs com assuntos de interesse da CONEP. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, representante dos aposentados, pensionistas e idosos, cumprimentou a todos e destacou a importância da exposição e da tomada de posicionamentos a partir dela. O SUS está completando vinte e cinco anos de existência com muitos avanços e também retrocessos e falta de atendimento a certas demandas. Em primeiro

752 lugar solicitou que esse Conselho assuma efetivamente, juntamente com os conselhos estaduais e
753 municipais, algumas responsabilidades que estão definidas e não estão efetivamente cumpridas.
754 Como cidadão e membro municipal e nacional de conselho fica estarrecido em ver que não se
755 empenharam durante esse tempo para cumprir o art. 200, inc. III da Constituição e ordenar a formação
756 dos recursos humanos para a saúde, que é uma questão prioritária. Será que não foi lido, entendido,
757 não se empenharam? Há um esforço concentrado para trazer mais médicos, o que acredita ser válido,
758 mas vinte e três anos se passaram e o SUS não se preocupou com a formação dos profissionais. E
759 porque as universidade públicas ou aquelas com estudantes recebendo recursos do governo não
760 formaram profissionais para o sistema público e universal de saúde? O mais médicos é válido,
761 importante e necessário para atender a uma demanda momentânea, mas para a sustentabilidade do
762 SUS, cumprir sua finalidade de prestar assistência de qualidade aos seus usuários é preciso atender
763 ao Art. 200, III da Constituição Federal. Outro item de suma importância e que já vinha sendo
764 trabalhado desde que entrou no Conselho é a defesa do serviço civil em saúde. Entrou na pauta da
765 caravana do Conselho Nacional e Saúde e na pauta do CNS e não avança. Mas hoje há um Projeto de
766 Lei no Congresso Nacional de autoria de um ex-ministro da saúde, o Senador Humberto Costa e
767 questionou porque não é aprofundado o debate desse projeto mobilizando conselheiros, entidades,
768 usuários e sociedade para que ele seja aprovado, o que seria a solução para os problemas do SUS.
769 Obteriam os profissionais suficientes, não só médicos, mas de todas as catorze categorias, e
770 integrariam as equipes para atender as demandas, pois quem sofre as consequências são o cidadão e
771 o município. É preciso que o estado, a União e o Congresso Nacional assumam seu papel em relação
772 à legislação. É preciso mobilização para conseguir que esse projeto do serviço civil em saúde seja
773 aprovado. Também é importante a carreira única do trabalhador. Não se pode ter municípios pobres
774 pagando menos e municípios ricos pagando mais. O SUS é único e universal. Por que na hora do
775 pagamento cada um paga o que pode e ninguém paga o que deve? Por isso ocorrem as crises com
776 todos os profissionais de saúde, mas algumas salientam mais porque os profissionais são mais
777 organizados, normalmente os médicos e os dentistas, mas e os outros, como ficam? Tem que
778 mobilizar não só os conselhos, mas a sociedade. O sistema é público e universal e o governo tem que
779 cumprir: município, estado ou União. E SUS não é política de governo, nem de partido, mas sim do
780 Estado brasileiro. E é preciso convencer a sociedade disso para mobilizá-la e fazer com que o SUS dê
781 o salto de qualidade que precisa para chegar ao nível desejado. Os prefeitos alegam que não podem
782 trabalhar porque existe a lei de responsabilidade. Questionou se seria possível flexibilizá-la o suficiente
783 para eles terem um pouco mais de autoridade e decisão para resolver as questões prementes da
784 saúde. Uma das questões principais é o financiamento. Acredita que os conselhos, juntamente com as
785 entidades devem voltar ao debate com a sociedade, os usuários, as organizações, posto que os
786 cidadãos precisam dos 10% das receitas brutas da União. Por que exigiu do município cumprir os 15%,
787 do estado a cumprir os 12% se a União não pode cumprir os 10%, já que se trata de verba vinculada?
788 Estão apresentando propostas alternativas dizendo que não será 10%, mas um percentual que até
789 2018 chegará próximo aos 10%. A população quer uma definição clara pra um sistema que é público,
790 universal e com verba vinculada. Solidarizou-se com os brasileiros que estão na fila há muitos anos
791 esperando atendimento no SUS e esse atendimento não ocorre e a responsabilidade do CNS é fazer
792 com ele funcione e atenda a todos como um direito e não favor de prefeito, governador ou presidente
793 da república. O Conselho existe para defender esse direito e tanto os conselheiros, como as entidades
794 e a sociedade devem assumir o direito de reivindicar e o Congresso Nacional, o papel de legislar para
795 o povo. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, representante da Federação Nacional dos
796 Assistentes Sociais – FENAS, ressaltou que o debate sobre a questão legislativa valoriza o trabalho da
797 assessora técnica na organização desse material. É um pleito de muito tempo, conquistado na gestão
798 anterior, mas que vem se qualificando e mostrando a necessidade da sintonia com o parlamento.
799 Cumprimentou a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, pois sua formação de profissional do
800 campo, o trabalho como assessora técnica e agora na presidência do Conselho e a formação de
801 mestrado a qualificam e empoderam para fazer uma representação adequada como a que tem feito
802 junto com a Mesa. Cumprimentou o Conselheiro Geraldo Adão Santos que está aposentado como
803 trabalhador, merecedor de um tempo que trabalhou e cumpriu uma regra determinada, mas é um
804 trabalhador da vida, da qual não está aposentado e por isso, como muitos dos conselheiros que já são
805 sexagenários, trazem a contribuição e experiência. Destacou que dentro da pauta do parlamento, da
806 comemoração dos 25 anos do SUS, do comentário do Conselheiro Geraldo Adão Santos, muitas
807 coisas não foram conquistadas. Cada ano são trezentos e sessenta e cinco dias, com um a mais em
808 alguns deles, e isso não significa que o CNS não trabalhou, mas que trabalharam, avançaram,
809 recuaram, mas que não deram conta de tudo, devido ao universo que é o SUS. No parlamento que
810 representa a sociedade em geral há posições a favor e contra, como é a questão do campo: quem é
811 dono da terra não quer perder e quem precisa dela e está vendo a exploração tem que lutar por isso. O
812 desafio de dialogar mais pelo parlamento passa também pela forma como irão se organizar para nesse
813 um ano e pouco que resta até o final dessa gestão para definir quais são as prioridades dentro das
814 prioridades. Os trabalhadores de serviço social têm questões que não conseguem levar ao parlamento

815 por algum impedimento. Perguntou qual esforço será feito para ir ao parlamento e qual é o grupo que
816 irá cuidar disso para poder mobilizar as bases, pois as pessoas que se deslocam para participar das
817 reuniões se frustram em razão da pauta ser desmarcada, pois não entendem, nem tem obrigação de
818 entender como se dá a disputa política desse campo. Mas é obrigação do CNS explicar como
819 funcionam para que eles compreendam e façam a luta continuar. A Presidente do CNS, **Maria do**
820 **Socorro de Souza**, ressaltou a importância dessa última fala já que vive-se no dia-a-dia uma agenda
821 intensa no espaço nacional. A Mesa Diretora se reúne duas vezes por mês, o Pleno uma vez, ainda
822 tem as reuniões das comissões, mas a Câmara e o Senado se reúnem de duas a quatro vezes por
823 semana. A demanda é grande e num tempo político que não é o tempo organizativo do Conselho.
824 Muitas vezes é preciso ajuda dos conselhos estaduais, municipais mais próximos de Brasília para
825 mobilizar e colocar uma boa representação nesses espaços e nem sempre o tempo de organização e
826 condição financeira favorecem a expressão e legitimidade para ocupá-los. A realização de alguns
827 seminários dentro do Congresso Nacional precisa ser definida até a jornada das comissões. Essa
828 estratégia de fazer grandes mobilizações de rua e atos políticos em frente ao Congresso tem
829 enfrentado um embarreiramento. A entrada em certos espaços está sendo permitida de acordo com a
830 pauta, a relação de forças e interesses. E pela pauta da saúde haverá mais barreiras que permissões.
831 Desse modo, precisa-se pensar em outra estratégia e uma das proposições é a realização de
832 seminários articulados com algumas comissões e parlamentares para qualificar e politizar o debate e
833 fazer o corpo a corpo do convencimento. Relatou terem aprendido muito com o Movimento Saúde +
834 10. Em relação às falas, respondeu que o PL que trata das carreiras médicas sofreu uma proposição
835 para estender a todos os profissionais de saúde do SUS pela Senadora Vanessa Grazziotin. É preciso
836 trazer destaque, inclusive na presença do Ministro, e se apropriar do conjunto das proposições dos
837 conselhos e entidades profissionais que tramitam naquela casa. Entendeu que cabe um seminário
838 dentro do Congresso Nacional sobre o tema para discutir a carreira dos profissionais de saúde dentro
839 do SUS, para discutir que profissionais o controle social quer, somar e reforçar o fortalecimento do
840 SUS. Na jornada das comissões a estratégia tem que ser pensada para esse conjunto de projetos de
841 lei. Também é preciso se informar sobre a discussão do piso nacional para os agentes de saúde, que
842 foi uma das últimas pautas em debate no final de 2013, tendo em vista que não houve acordo para
843 decidir se a Presidenta iria vetar alguma parte e a votação foi adiada. As entidades médicas
844 comunicaram de maneira informal que decidiram voltar ao Conselho Nacional de Saúde. Aguarda-se a
845 formalização do presidente da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), e da Associação Médica
846 Brasileira (AMB), entidades que já se posicionaram decidindo internamente que retornam a compor o
847 CNS. Ainda não há posicionamento do Conselho Federal de Medicina. O Conselheiro **José Naum de**
848 **Mesquita Chagas**, representante da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO),
849 questionou se nesse caso eles já teriam perdido a vaga devido às inúmeras faltas às reuniões do pleno
850 do CNS pelo regimento. Ao que foi explanado pela Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**,
851 que seria preciso verificar, mas que a questão é mais política que regimental. O ofício que enviaram na
852 época da tensão relativa ao ato médico e ao Movimento Mais Médicos fazia referência às comissões,
853 um tanto dúvida no sentido de dizer que saíram de tudo. Foram convidados para a reunião da Mesa
854 diretora que antecedeu ao Pleno, mas não compareceram e aguarda-se a posição formal. O CNS
855 precisa saber o que quer com eles nesse espaço e eles o que querem. Ao final informou que entidades
856 do Movimento Saúde + 10 foram convidadas para participar da reunião com o Ministro da Saúde para
857 colocar peso nessa pauta e criar um fato político. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou
858 que nesse dia e no próximo aconteceriam duas audiências públicas muito importantes no MEC sobre
859 as diretrizes curriculares do curso de medicina e dos editais das instituições de ensino superior que
860 serão candidatas a oferecer esse curso. Ela participará e por isso estará ausente, pretendendo retornar
861 assim que terminarem as atividades. Informou que o documento base para a reunião do dia seguinte
862 com os representantes do MEC seria o art. 200 da Constituição, a Lei nº 8080/1990 e a Resolução nº
863 350/CNS, debatendo os novos marcos regulatórios do MEC em que o CNS não está incluído. A
864 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, lembrou a importância da audiência pública para
865 esse debate, sendo a oportunidade de reafirmar para o MEC que a discussão dos cursos de medicina
866 possui relação direta com o setor saúde, não só com a educação, e essa é uma oportunidade de rever
867 uma contradição histórica. O CNS não pode ficar emitindo parecer em razão de uma urgência do país
868 sem pensar no futuro que é a qualidade do curso de medicina e dos outros cursos da área da saúde.
869 **Encaminhamentos: As comissões devem acompanhar a agenda parlamentar relacionadas a**
870 **seus temas.** Com esse pronunciamento, a mesa encerrou o debate e fez uma pausa para almoço,
871 retornando no início da tarde com o próximo item de pauta. **ITEM 3 – FINANCIAMENTO DO SUS,**
872 **PERSPECTIVAS PARA 2014 – SAÚDE +10** - Apresentação: **Ronald Ferreira dos Santos**,
873 Coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; **Francisco**
874 **Rózsa Funcia**, Consultor Técnico da Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento –
875 COFIN/CNS. Coordenação: Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. O
876 Coordenador da COFIN, **Ronald Ferreira dos Santos**, iniciou cumprimentando os presentes e
877 desculpou-se por não estar presente no período da manhã por estar em uma tarefa do Movimento

878 Saúde + 10 no Conselho Federal de Medicina que reuniu as entidades médicas para somar esforços
879 nesse Projeto de Lei do Saúde + 10. Serão debatidas quatro questões nesse ponto de pauta. 1) 1)
880 Deliberar sobre tarefas do Conselho Nacional como as diretrizes para o estabelecimento de prioridades
881 na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2015, aprovando a proposta de resolução que está no servidor.
882 2) A disposição do CNS construir um instrumento que regule a execução das emendas da LDO. 3) 3)
883 Será apresentado o informe sobre os encaminhamentos da plenária de saúde pública. E por último 4)
884 repactuar a organização das oficinas regionais devido a dificuldades financeiras, de compreensão e
885 operação. A primeira é o cumprimento da prerrogativa do Conselho prevista na Lei Complementar nº
886 141/2012 aprovando a proposta apresentada na reunião passada. O Conselheiro **Jorge Alves de**
887 **Almeida Venâncio** pediu que fosse acrescentada a apresentação de informação pela COFIN sobre o
888 corte das verbas do MS no ano anterior que reduziu o teto, que já era quase o mínimo, para o mínimo
889 constitucional. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu que o Secretário de
890 Planejamento se comprometeu com a COFIN para até final do prazo legal, em vinte e oito de fevereiro,
891 apresentar as informações da execução orçamentária de 2013. Até o momento apenas algumas
892 planilhas não finalizadas foram encaminhadas, e a COFIN não possui informações para emitir um
893 parecer. Foi realizada uma análise preliminar com alguns questionamentos enviados à SPO, que
894 podem ser respondidas até o prazo final. A agenda ordinária da COFIN já foi aprovada pelo Pleno e
895 esse assunto está pautado para a reunião de onze e doze de março, apesar da redução de um dia nas
896 reuniões. Na reunião de abril será apresentado o Relatório de Gestão juntamente a prestação de
897 contas do último quadrimestre e uma análise mais concreta. Nesse momento precisa ser apresentado
898 ao Ministério o que o CNS considera importante para a definição das prioridades. Iniciou a leitura da
899 proposta de resolução. Lembrou que já foi aprovado algo próximo, sendo apenas adequada a parte
900 referente às agendas específicas de 2015. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**,
901 ressaltou a importância da leitura coletiva pelos conselheiros por ser uma pauta determinante e
902 determina o tom político da visão do CNS tendo em vista a reunião com o Ministro da Saúde em
903 seguida. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** retomou a fala e iniciou a leitura da resolução. “O
904 Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 254ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 26 e 27
905 de fevereiro de 2014, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
906 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando o
907 processo de elaboração do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2015,
908 especialmente a programação a ser apresentada pelo Ministério da Saúde; Considerando a reflexão e
909 os produtos gerados pelo Conselho Nacional de Saúde durante o processo de planejamento
910 estratégico recentemente realizado; e Considerando o disposto no §4º do artigo 30 da Lei
911 Complementar nº 141/2012, RESOLVE: Artigo 1º Para o estabelecimento de prioridades para as ações
912 e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2015 da
913 União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: I - Priorizar a alocação de
914 recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de
915 prestação de serviços no âmbito do SUS. II - Ampliar a alocação de recursos orçamentários para as
916 ações de Atenção Básica (AB) em saúde em proporção superior aos recursos destinados às ações de
917 Média e Alta Complexidade (MAC), de modo que diminua a razão ‘MAC/AB’ na programação
918 orçamentária para 2015 comparativamente aos anos anteriores. III - Criar dotação orçamentária
919 específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em
920 2015, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000, sendo 100% dos valores dos
921 cancelamentos efetuados em 2014 acrescidos de um percentual correspondente aos valores
922 acumulados dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2013 e anos anteriores. IV - Ampliar
923 o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e otimizar a aplicação dos recursos públicos
924 mediante a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro das dotações que integram o
925 Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2015, com a efetiva disponibilização desses recursos. V -
926 Realizar em 2015 a 15ª Conferência Nacional de Saúde. VI - Fortalecer o processo de qualificação e
927 valorização da força de trabalho do SUS. VII - Formular e implantar o Plano Nacional de Cargos,
928 Carreiras e Salários do SUS. VIII - Alocar recursos orçamentários e financeiros para fixação dos
929 profissionais de saúde principalmente na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas
930 periféricas das regiões metropolitanas, em todas as áreas rurais e as de difícil acesso. Artigo 2º. Além
931 das diretrizes para o estabelecimento de prioridades fixadas no artigo anterior, o Ministério da Saúde
932 deverá observar as seguintes diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde: I - Garantir acesso da
933 população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das
934 necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada. II -
935 Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em
936 saúde. III - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha,
937 com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade. IV - Aprimorar a rede de
938 urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação,
939 articulando-a com outras redes de atenção. V - Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no
940 enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas. VI - Garantir a atenção integral à saúde da

pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção. VII - Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais. VIII - Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. IX - Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. X - Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. XI - Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS. XII - Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. XIII - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde. XIV - Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira. XV - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais. XVI - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país. Artigo 3º Se vigorar para 2015 a exigência prevista no parágrafo 1º do artigo 52 da Lei nº 12919, de 24 de dezembro de 2013 (que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências), referente à execução orçamentária e financeira obrigatória das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, com a metade desse percentual destinada a ações e serviços públicos de saúde, as despesas executadas para cumprir essa última exigência deverão ser computadas como aplicação adicional ao valor mínimo exigido para as ações e serviços públicos de saúde calculados nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, 27 de fevereiro de 2014". Explicou que esse conjunto do Plano Nacional de Saúde e diretrizes já foi aprovado no Pleno com adequações sobre a disponibilização de recursos. **Aberta a palavra para o debate**, o Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a todos e afirmou que o texto já foi aprovado em outras oportunidades, refletindo as conferências e o acúmulo do CNS e a vontade que essas propostas aconteçam. Algumas das diretrizes têm resolução específica desse Conselho. Propôs que essa resolução se remetesse às resoluções anteriores que não foram alteradas ou revogadas para lembrar que esses assuntos são decisões de dez ou quinze anos atrás, repetidas todos os anos. É bom trazer a história para dizer que essa resolução resume os anseios não atendidos e talvez isso consiga sensibilizar esse governo ou o ministro, pois as resoluções do CNS estão com baixo impacto. Algumas com mais sucesso, enquanto outras ensejam mais paciência pra tentar mudar as coisas. Sentiu-se repetindo atos anteriores com pouca crença de mudar alguma coisa, não significando que desconfiança na resolução, mas deve ser encontrada uma estratégia para que ela faça sentido para o governo. Não entrou no mérito pois o texto foi construído pelo Conselho em outros momentos e outros formatos. Mas relembrou que essa não é mais uma resolução e tem que ser uma com peso político diferenciado e não remeter apenas para arquivo. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** concordou com a fala anterior e questionou o peso que as resoluções do CNS possuem. Disse que essa, por sua importância, faz o liame com as leis e decretos do SUS que já estão postos e os governantes estão obrigados a cumprir. É preciso ter calma e discutir o mérito da resolução para que tenha mais força. Não concordou com alguns pontos, mas se for preciso fazê-la agora, que cumpra-se a lei que já existe, pois tudo que está colocado já é obrigatório por lei. A Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou a todos e concordou com as falas anteriores, e agregou o potencial de importância que essa resolução possui, vez que é o assunto estruturante do SUS estabelecendo o que fazer com o recurso que pelejaram para ver implementado no movimento Saúde + 10 e anseiam pelo incremento. Quando da discussão de financiamento, foi decidido aprofundar o debate sobre qual seria o referencial de uso do acréscimo do recurso do SUS para consolidar o sistema único de saúde de qualidade para todos e essa resolução deve ter esse tom forte e político. Enalteceu o esforço da COFIN e pediu que sejam enriquecidos os "considerandos" para dizer que o CNS decidiu a necessidade de uma reversão do modelo dentro do SUS para consolidá-lo e dizer que a saúde no Brasil é um direito. Seria preciso trabalhar o sentido das mudanças não só a alteração na relação de atenção básica e alta e média complexidade e que as redes atinjam o status de rede integral no espaço territorial. Apontar as grandes questões da gestão. O impasse sobre a gestão regional e a ausência das secretarias estaduais precisa estar colocado e cobrar o investimento público. Outras questões essenciais devem estar colocadas, como tratar da cobertura universal, cobrar posicionamento do governo e alertar para a importância do Sistema Único de Saúde para os países latino-americanos como caso exemplar de resistência ao direito universal à saúde. Ofereceu-se para repassar informações à equipe de redação. O Conselheiro Jorge Alves de Almeida **Venâncio**

1004 considerou a resolução muito importante levando em conta o momento atual onde ocorreu pela
1005 primeira vez em muitos anos o contingenciamento das verbas da saúde e as emendas parlamentares
1006 foram empurradas para dentro do orçamento mínimo da saúde, o que exige posicionamento firme do
1007 CNS. A postura do governo e sua equipe econômica de ignorarem as manifestações de rua e dois
1008 milhões e cem mil assinaturas enviadas ao Congresso Nacional não deve criar receio haja vista que
1009 regimes muito mais poderosos já foram derrubados pelo povo e esse ano há eleições e se o governo
1010 não tomar jeito tem como resolver. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** concordou que
1011 deve ser feita referência às resoluções anteriores do CNS porque reafirma e não dá a impressão de
1012 que é a primeira vez que tratam do assunto. Concordou também com a ampliação dos “considerandos”
1013 pra explicar o significado a relação de AB/MAC. Mas duas coisas já foram bastante discutidas, como o
1014 art. 2º, V “crack e outras drogas” deveria ser “álcool e outras drogas”, e o resarcimento ao SUS dos
1015 planos privados que deve ser reafirmado para que saia do discurso e comece efetivamente a
1016 acontecer. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** concordou com
1017 as colocações da Conselheira Ana Maria Costa, dando peso político ao documento, e questionou o art.
1018 2º, III, solicitando a inserção da promoção da política de atenção integral à saúde da mulher, e no seu
1019 interior, a rede cegonha, pois a atenção integral é maior que a rede cegonha. Sugeriu criar outro item
1020 para separar a saúde da criança e a saúde da mulher, porquanto existe saúde da mulher que não tem
1021 filhos ou não está relacionada a estes. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, ressaltou a
1022 importância do saneamento básico e seu lugar na saúde pública, sobretudo em momentos de
1023 escassez de orçamento e reforçou a implementação do Plano Nacional de Saneamento Básico cuja
1024 implementação está pulverizada em sete ministérios e tem quatrocentos bilhões para investimento até
1025 2030, uma parte significativa da saúde, e não é monitorado pelo CNS. Receou que com o orçamento
1026 impositivo e as emendas parlamentares se transforme em moeda de barganha. Reafirmou a
1027 importância política de trazer essa discussão que perde força com os ritos do CNS para se posicionar.
1028 Esse deve ser o tom para politizar o orçamento da saúde inclusive na 15ª Conferência Nacional de
1029 Saúde. Lembrou a pressão do setor privado sobre isenções e perdão de tributos em contraposição à
1030 defesa do SUS. Sugeriu não aprovar agora a resolução e colocar o debate na presença do ministro e
1031 ganhar força e capilaridade até a 15ª Conferência. A Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas**
1032 Boas, representante do Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV,
1033 cumprimentou a todos, presentes e internautas, e disse estar em sintonia com a fala do Conselheiro
1034 Carlos Alberto Ebeling Duarte acerca do álcool e outras drogas. Lembrou que quando se fala em
1035 financiamento o prazo para adequação do cartão SUS não foi cumprido e ele é a forma de
1036 resarcimento dos planos privados. Um transplante de fígado custa cento e dez mil reais para o SUS e
1037 o dinheiro não é resarcido. Afirmando que é necessário mais tempo para analisar e agregar coisas que
1038 não estão contempladas. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** disse acreditar que a resolução
1039 reafirma outras resoluções do conselho, mas discorda da inutilidade, pois muitas questões colocadas
1040 nela serviram de orientação para as ações do MS, exemplo do art. 1º, II, o percentual de recursos
1041 destinados à atenção básica foi relativamente maior em 2013 do que a alta e média complexidade. O
1042 inciso V, com relação à 15ª Conferência com certeza irá acontecer, assim como houve para a 14ª. O
1043 inciso VIII, sobre “Alocar recursos orçamentários e financeiros para fixação dos profissionais de saúde
1044 principalmente na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas periféricas das regiões
1045 metropolitanas, em todas as áreas rurais e as de difícil acesso” é exatamente o que significou o
1046 programa Mais Médicos. Outros programas do departamento de atenção básica, como as unidades
1047 fluviais também seguiram essa orientação. Há uma série de itens, também no art. 2º, que foram
1048 orientações para ações do MS. Não se pode desvalorizar o trabalho do Conselho, pois muitas
1049 orientações foram atendidas. A luta do movimento sanitário, do movimento popular e dos movimentos
1050 de saúde em torno da questão do SUS tem surtido efeito, embora não tenha sido o suficiente. Houve
1051 uma melhor alocação de recursos, mas o volume de recursos não foi o bastante. E por isso há o
1052 Movimento Saúde + 10. Há de se reconhecer os resultados para seguir no rumo correto. As jornadas
1053 de junho clamam pela melhoria dos serviços públicos e isso não ocorrerá se não houver maior dotação
1054 de recursos para saúde e outras áreas determinantes da saúde, como moradia, educação e mobilidade
1055 urbana. A população brasileira tem demonstrado que quer mudanças, mas não qualquer mudança,
1056 mas aprimorar o que vem sendo desenvolvido pelo atual governo. Disse esperar que o próximo
1057 governo venha com propostas mais avançadas para esses anseios da população. A Conselheira
1058 **Marisa Furia Silva** não entrou no mérito se a resolução deve ou não ser apresentada, mas solicitou a
1059 inclusão antes do item cinco “fortalecer a rede de saúde da pessoa com deficiência com ênfase nos
1060 centros de reabilitação”, pois é uma rede nova que precisa de fortalecimento. A saúde mental já está
1061 fortalecida, mas a rede da pessoa com deficiência (há cerca de cinquenta milhões de pessoas com
1062 deficiência no país) precisa ser fortificada, inclusive dentro do Ministério o conceito de pessoa com
1063 deficiência tem que mudar, tendo em vista que em vários eventos falta acessibilidade. Ela mesma
1064 estava com o pé machucado e teve problema em várias áreas do MS. Será que só há acessibilidade
1065 no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade)? A Conselheira **Denise**
1066 **Rodrigues Eloi de Brito** sentiu falta no documento de destaque ao aprimoramento do sistema como

1067 um todo, incluindo o Sistema Único de Saúde, apesar de ter verificado a referência ao sistema
1068 complementar. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** alertou que as responsabilidades do
1069 Conselho devem ser feitas no prazo adequado, ou abdica de se manifestar. A COFIN apresentou ao
1070 CNS o conjunto de responsabilidade delegado pela LC nº 141/2012 e seu calendário e o momento
1071 para tomar a decisão sobre as prioridades orçamentárias, LDO e LOA é na plenária de fevereiro ou
1072 não pode mais se manifestar. Em relação aos levantamentos dos conselheiros Ana Maria Costa e
1073 Clovis Adalberto Boufleur, considerou-os absolutamente pertinentes. Quanto às observações de vários
1074 outros conselheiros sobre os itens do art. 2º, afirmou que são todos objetos de deliberação desse
1075 Pleno, sendo apenas a reafirmação do Plano Nacional de Saúde. Essas reformulações sugeridas
1076 devem ser colocadas quando revisitarem o PNS. A COFIN não criou nada, só se baseou nas
1077 resoluções acumuladas, somente questões conjunturais novas, como as emendas impositivas.
1078 Entendeu possível fazer algumas adequações, mas o conjunto das diretrizes tem que ser decididas em
1079 seu momento. Em alguns momentos o plenário decidiu que gastos com aposentados não poderiam
1080 computar para o valor da emenda constitucional nº 29. Insistiram por cinco anos e conseguiram
1081 consolidar. Também apresentou resoluções sobre farmácia popular e gastos com saúde de servidores,
1082 foram alcançados na LC nº 141/2012 porque foram feitas no momento adequado. O que está na
1083 resolução é o que já foi contratado e não se pode perder a oportunidade de na primeira visita do chefe
1084 do Ministério dizer quais são as diretrizes para o estabelecimento de prioridade, além de ser o
1085 momento de decidir. Propôs a incorporação do conjunto das resoluções nos "considerandos" e aprovar
1086 o restante como está, e o art. 2º incorporaria o PNS no legislativo. A Conselheira **Marisa Furia Silva**
1087 afirmou que a rede de saúde da pessoa com deficiência também está no PNS, e é tão nova quanto a
1088 psicossocial e pediu pra incluir, ela mesma colocou no PPA. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**
1089 questionou se o Saúde + 10 está colocado no documento, pois é um documento forte e a redação
1090 deve espelhar essa força. Não consta a questão da formação dos profissionais, e o ponto mais forte do
1091 programa Mais Médicos não é o numeral e sim a reformulação do ensino médico do Brasil. Também a
1092 regionalização de saúde tratada no Decreto nº 7508 sobre o COAP. Propôs aprovar no mérito e revisar
1093 a redação. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu que está no item IV, mas poderia
1094 especificar, se for o caso, e que poderá revisar o documento, desde que a reunião de fevereiro faça a
1095 deliberação. **Aprovar no mérito e apresentar a redação final será apresentada até o final da RO.**
1096 As conselheiras **Marisa Furia Silva** e **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, "Santinha"
1097 reforçaram a inclusão de suas demandas, pois a política é um processo de mudança. **A redação final**
1098 **ficou a cargo da COFIN com auxílio dos Conselheiros Jurandi Frutuoso Silva, Maria do Espírito**
1099 **Santo Tavares dos Santos, "Santinha", e Carlos Alberto Ebeling Duarte devendo ser**
1100 **apresentada até o final da RO. Inversão de pauta.** Em razão da presença do Ministro os demais
1101 itens desse ponto de pauta ficaram para o período da tarde, a mesa foi então composta para o item
1102 seguinte. **ITEM 04 – O MINISTÉRIO DA SAÚDE, A CONJUNTURA E A AGENDA PARA 2014.**
1103 **Apresentação:** Arthur Chioro, Ministro da Saúde; **Coordenação:** Conselheira **Maria do Socorro de**
1104 **Souza**, Presidente do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, iniciou
1105 cumprimentando o Ministro da Saúde por sua segunda visita ao CNS em tão pouco tempo desde que
1106 assumiu o cargo, dizendo esperar que isso seja mais que um compromisso, mas uma forma da gestão
1107 valorizar e reconhecer o papel do controle social. A primeira visita foi para a apresentação do Ministro
1108 e essa teria a finalidade de escutar as preocupações e posicionamento do CNS. Trouxe como
1109 representante da Mesa Diretora as prioridades do planejamento Conselho em razão da pluralidade de
1110 entidades que compõe o colegiado gerando uma diversidade democrática de falas. O CNS tem uma
1111 gestão de três anos com cento e quarenta e quatro entidades representando todo o Brasil, em
1112 titularidade e suplências. Um efetivo de quarenta e oito entidades (vinte e quatro de usuários e os
1113 demais entre trabalhadores, prestadores e gestores operadores do SUS). É uma parte do Brasil
1114 organizado, as pessoas irão se apresentar para demonstrar o quanto o Conselho Nacional foi
1115 ampliando e nem sempre essa representação está nos estados e municípios. Colocou que no cenário
1116 nacional houve, nos últimos dez anos, momentos de muita expectativa, inércia por parte da sociedade
1117 e retomada da mobilização e perplexidade. Mas não são atores iniciantes, e sim sujeitos políticos, e
1118 desejam que isso impulse a transformação. Agora há pouco estavam com a pauta do financiamento
1119 para aprovar uma resolução de prioridades para o orçamento, mas é preciso saber a importância que
1120 ela tem para a gestão fazendo dos impasses uma força transformadora. Serão colocadas questões
1121 gerais e específicas acumuladas sintetizando as inquietações. Recebeu os Secretários Jarbas
1122 Barbosa, da Secretaria de Vigilância em Saúde; Antônio Alves, da Secretaria Especial da Saúde
1123 Indígena; Helvécio Magalhães, da Secretaria de Atenção à Saúde e André Luis Bonifácio, da
1124 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que se faziam presentes, este último se fez presente
1125 nas reuniões do CNS e da Mesa Diretora, sendo desejado uma SGEP atuante, ouvindo o controle
1126 social e fazendo a ponte com as articulações interfederativas. Em primeiro lugar afirmou para a
1127 sociedade e para a gestão que para onde vai o SUS, vai o controle social. Se um deles enfraquecer
1128 tiver diminuída a credibilidade, ou se tiver consenso o outro também segue. Mas não é assim que os
1129 três níveis de gestão comprehendem, fazendo parecer que resolvendo as questões da gestão, soluciona

os problemas do SUS deixando de lado o papel do controle social. Por isso para fortalecer o SUS, precisa também fortalecer o controle social. Há também um isolamento dos saberes e das experiências em razão de uma crise do projeto de SUS, apesar dos avanços e reconhecimentos nesses 25 anos, sendo necessário saber qual projeto de é defendido no conselhos municipais e estaduais, nas Comissões Intergestores Tripartite (CITs), e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), devendo levar para a centralidade do debate e discutir a saída da crise posto que não faltam ideias, caminhos nem experiência. Ainda assim nem todas as saídas estão apenas na esfera do setor saúde. Reconheceu o isolamento teórico e político desse campo tão importante para a sociedade sendo sempre os mesmos atores, e a entrada de novos atores permite diferentes olhares. Outros atores também decidem o rumo do SUS, como o Congresso Nacional, como o que foi visto nessa manhã analisando a correlação de forças e composição das comissões, e o fato de bancada do governo ter ficado com a coordenação de três grandes comissões é um aspecto positivo demonstrando a prioridade da saúde dentro do Congresso. Não é apenas uma questão partidária, mas indica qual o debate a sociedade fará sobre os rumos da saúde pública brasileira. Ter a comissão de segurança e família e a comissão de direitos humanos sob a coordenação do Partido dos Trabalhadores faz toda a diferença para colocar a centralidade do debate que aquela Casa tem que fazer em relação a essa agenda. Há muita inquietação sobre os consensos ou pactos podem ser construídos em torno das grandes dificuldades. Há muita contribuição, prática, saberes, democracia na saúde, mas também muito formalismo fazendo com que determinados caminhos, rumos e proposições perdem força política, apesar da legitimidade. Se há uma crise no projeto, deve ser colocado na mesa o pacto possível e necessário para que ele seja afirmado no sentido dos marcos políticos e históricos já definidos pelo Brasil de ter um sistema universal e integral. Também se deve verificar com quem vai construir os consenso pois novos atores foram identificados na esfera da saúde não sendo os mesmos da década de 1980 e o CNS tem boa expressão disso, como as populações em situação de rua, LGBT, negra, indígena e rural trazendo novas agendas para pensar os rumos da saúde pública brasileira. A conjuntura internacional brasileira é de que não depende de financiamento externo garantir um sistema universal de qualidade e público e mesmo assim está com um posicionamento dúvida ou confuso e o CNS deseja saber a posição de governo na área internacional, especialmente na Organização Mundial da Saúde (OMS), posto que entende que o debate da cobertura universal se justifica em países que não tem sistema ou possuem outra fragilidade, o que não é a condição do Brasil, que historicamente afirmou a escolha de um caminho. Colocou que se reconhece ser difícil enfrentar os problemas para que o CNS, as CITs CIBs, não sejam espaços que perdem força e se assente um compromisso de agenda estratégica para 2014/2015 dado que em 2014 tem eleições, entretanto esse não é o horizonte da sociedade, apesar de ser para o governo, mas em 2015 a sociedade quer uma conferência nacional de saúde com a condição política que a saúde exige, não sendo mais um evento, como a copa. Deve ser um processo político de mobilização e força social para não prejudicar o que se constrói no Conselho. Em 2014 deve ser colocada a importância do que se construiu em 2013 com pautas de consenso. A despeito dos confrontos, a capacidade de diálogo com a gestão e outros setores foi essencial para a obtenção de vitórias, como a questão do financiamento, que não era pautado pelo governo, mas foi alcançado devido à mobilização e organização. Assim como os vetos ao ato médico alcançados pelo diálogo com a contribuição da vitória sobre o "Mais Médicos". O Conselho definiu cinco prioridades para os seus três anos de gestão. A primeira é o financiamento. Não é possível que o Brasil pague dois bilhões de reais por dia de uma dívida pública cuja origem é desconhecida pela sociedade brasileira sem nenhum benefício efetivo, enquanto discute-se 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, tentando chegar a 4% do PIB. Pediu que fosse explicado como interromper a PEC que tramita no Congresso Nacional apresentada pelo governo de 15% da receita corrente líquida, sobre a qual pairam muitas dúvidas relativas à base de vinculação, mas muitas pessoas já não têm mais dúvidas observando o risco de retrocesso em relação às regras atuais, pois se as regras devem ser mudadas, deveria haver mais transparências e debate com a sociedade e o controle social porque não há segurança sobre o que foi apresentado pelo governo e aprovado no Senado para garantir o financiamento da saúde. A consequência da ausência do financiamento da saúde na pauta do governo está em uma dimensão com o setor produtivo gerando um sistema universal que precisa de investimento no desenvolvimento científico, exigindo inovação tecnológica, para garantir qualidade de vida e soberania. Está muito dependente de tecnologia externa. Embora reconheçam o que já foi feito pelo governo (como Manguinhos), o tempo é curto e sabem a experiência de gestor do Ministro e por isso não repetem o que ele já sabe, mas dizem o que a gestão precisa ouvir novamente. Questionou o que precisa ser feito para colocar a saúde na agenda de desenvolvimento enquanto setor produtivo, como entrou na agenda da inclusão social. Outra questão levantada foi a carreira no SUS, pois a falta de investimento em carreira leva a que seja regulada pelo mercado. Reconheceu os benefícios das equipes multiprofissionais da atenção básica em cumprir os objetivos do milênio melhorando os indicadores (alguns deles superados) em relação à mortalidade infantil e materna, malária e tuberculose. Ainda assim o governo se dispôs a discutir a questão médica, mas deve ampliar para todas as categorias. Fez referência aos auditores do

SUS já que lutam por mais financiamento e monitoramento permanente do orçamento e isso não diz respeito somente à essa categoria profissional, mas a todo o controle social. O governo afirma ter uma proposta de sistema que aparece na lei de responsabilidade sanitária no Congresso, mas não está claro o destino do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). A Lei do Mais Médicos demonstrou a posição de coordenador do processo tomada pelo governo na formação dos profissionais de saúde, mas depois de garantir uma parte da disputa, corre o risco de perder outra, pois não é somente carreira e contratação de médicos, e sim a formação e educação permanente desses profissionais e, se é uma proposta de governo, o MEC não pode ter uma posição diferente da tomada pelo MS em entender o papel do controle social e dar continuidade às novas regras de abertura de curso, sobretudo de medicina. Havia um representante do CNS naquele momento em uma audiência pública no Ministério da Educação discutindo o desdobramento da Lei do Mais Médicos e o papel do controle social. Citou exemplos, como o de Cuba, onde o curso de medicina é prerrogativa do Ministério da Saúde e não da Educação. Disse que mesmo em havendo prioridade de governo quer contribuir para um bom retorno desse investimento em uma disputa que não foi fácil e questionou a razão de as universas públicas terem mais dificuldade em garantir abertura e ampliação de vagas e cursos do que as privadas, sobretudo com o objetivo de interiorizar e ampliar as vagas, não deixando de reconhecer a importância das universidades privadas, todavia em alguns lugares já existe universidade pública e criam-se barreiras. Outra incongruência da citada lei é a reprodução de critérios antigos, pois mesmo com a intenção em formar para a atenção básica, ainda prioriza a relação alunos/leitos hospitalares. Trazer mais médicos e pensar a fixação desses profissionais significa pensar a política de desenvolvimento regional e não só política de carreira ou de formação. A terceira prioridade é a saúde como direito humano e o SUS deve atender às necessidades da população e muitas questões de direitos humanos estão distantes de serem superadas na saúde. Em relação aos doentes crônicos renais e transplantados sabe-se que o governo está investindo em uma política e em centros de tratamentos ampliados e não focados somente nos doentes crônicos renais, mas é preciso avançar, afirmou ter expectativa que é uma prioridade na gestão, e contou com a presença do Secretário Helvécio Magalhães, da Secretaria de Atenção à Saúde. Relembrou que em seu discurso o Ministro comentou que a ANS e a ANVISA estejam pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, mas a FUNASA deve ser incluída nessa lista porque continua funcionando muito distante do SUS e sua importância não pode ser minimizada, considerando que o Brasil tem o compromisso com o saneamento básico. A saúde financia o saneamento, mas não politiza o debate do financiamento. O Ministério das Cidades é recente com essa agenda, mas está politizando mais o saneamento que a saúde e, com o orçamento impositivo, ou politiza ou a população fica desassistida e impossibilita o cumprimento dos acordos internacionais e a necessidade nacional. A Presidenta fala de saneamento na ordem do PAC, mas ele deve ser pensado também como política pública. Tratou da terceirização e privatizações, onde o Ministério da Saúde pode não ter papel de executor direto, mas tem papel determinante mesmo respeitando a autonomia dos municípios e dos gestores, debatendo. Reconheceu a importância da saúde suplementar, contudo as alternativas de gestão adotadas enfraquecem possibilidade de qualificação da Administração Pública. Não se pode discutir sistemas universais, o papel do Estado e ainda ter um modelo de gestão sublimado nesse debate político. Finalizou com a prioridade de mobilizar a sociedade em defesa do SUS que está fazendo 25 anos e foi lançada uma campanha pelo seu fortalecimento e dos conselhos em todas as esferas, mas sem apoio financeiro e estrutura não ocorre. Ela é importante e não há campanha sobre o SUS, o qual aparece pontualmente em algumas ações de governo, como a campanha de vacinação. Não há uma política de comunicação para a sociedade em defesa do SUS, a assessoria de comunicação muitas vezes é do Ministro ou do Secretário. Existe um canal saúde e não potencializa seu papel para informar a população. Essa campanha terá até a 15ª Conferência o condão de mobilizar a sociedade em defesa do SUS e qualificar e aprofundar o debate da agenda estratégica. Também irá fortalecer o controle social, e não se pode ficar indiferente ao fato de que muitos conselhos ainda não tenham sede e estrutura, mesmo com o programa de inclusão digital e o investimento feito, e discricionariedade do seu próprio orçamento. A campanha irá divulgar a importância e legitimidade desse lugar. Ainda haverá a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Foi realizado um levantamento da mobilização pelo país e terão mais de duzentos e cinquenta etapas macrorregionais e diversos setores mobilizados, como construção civil, agricultura e pecuária, servidores públicos, trabalhadores da saúde dos setores público e privado, e há um desejo de que a pauta da saúde dos trabalhadores tenha lugar na pauta do governo da Presidenta Dilma Rousseff. Não se pode admitir que no Brasil cerca de quarenta e oito trabalhadores se accidentem por dia, muitos deles em situações de fatalidade. Ressaltou que a 15ª Conferência Nacional de Saúde deve ser um processo político com consequências e para isso ela deve ser transferida para o primeiro semestre ou início do segundo semestre de 2015, com a etapa nacional realizada até agosto de 2015, pois haverá o PPA e a LC nº 141/2012, a política fiscal, e de saúde que devem ser ajustadas ao tempo da Conferência. Há uma grande expectativa do CNS de que ela possa colocar um novo nível de debate em relação ao SUS e controle social e para isso deve ser lançada desde já e garantir que todos venham a construir, e que a

1256 participação direta do Ministro e seus secretários é importante dado que não se pode construí-la sem a
1257 participação dos três níveis de gestão. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** iniciou
1258 cumprimentando a todos e dizendo que a situação da saúde é grave. O encaminhamento das verbas
1259 da saúde é muito preocupante. Pela primeira vez em muitos anos no final do ano anterior as verbas da
1260 saúde foram contingenciadas as emendas empurradas para dentro do orçamento da saúde habitual,
1261 do mínimo necessário, provocando uma redução violenta das verbas do ministério. E isso é
1262 consequência da política de priorizar o pagamento de juros. No ano de 2013 houve um recorde de
1263 pagamento de juros de duzentos e quarenta e nove bilhões de reais. E o juro continua subindo.
1264 Naquela data subiu outra vez. O juro absurdo do Brasil é uma jabuticaba. Toda Europa, Estados
1265 Unidos, Japão, tem juros abaixo da inflação. O Brasil paga 5% acima da inflação, praticamente. Isso é
1266 uma situação que, evidentemente, onera inteiramente o orçamento público e deixa todas as políticas
1267 sociais muito prejudicadas e em especial, aqui no nosso caso, a saúde. Afirmou saber que não é
1268 responsabilidade fundamentalmente do Ministério da Saúde, mas esse é um problema que tem
1269 interferência direta em como a situação da saúde está evoluindo no país. Houve manifestações de rua,
1270 dois milhões e cem mil assinaturas colocadas em defesa dos 10% da receita corrente bruta que foram
1271 olímpicamente ignoradas. Essa é a realidade prática do que está acontecendo. Pareceu-lhe que essa é
1272 a questão central que precisa ser enfrentada, senão fica “chovendo no molhado” sem sair do lugar. Em
1273 segundo lugar, disse ser claro que isso é uma opção política de determinados setores do governo,
1274 especialmente da equipe econômica e do Ministério da Fazenda. Citou os manifestantes da Praça do
1275 Sol na Espanha que diziam uma frase muito sábia “se são os bancos que governam, não há
1276 democracia”. Essa é a questão fundamental a ser enfrentada para mudar a situação da saúde.
1277 Concluiu pedindo licença à Presidente para discordar em um pequeno ponto citado por ela por lhe ter
1278 parecido que exclusivamente o fato de ter uma bancada petista em algumas comissões não é
1279 necessariamente uma garantia de que haverá uma posição positiva. Disse que a bancada petista no
1280 momento está sob observação, sem querer fazer um julgamento precipitado, mas acabou de ocorrer a
1281 aprovação na Câmara do Plano Nacional de Educação prevendo 10% do PIB para a educação pública,
1282 e quando chegou ao Senado, com a participação da bancada petista, a palavra “pública” foi retirada
1283 como uma forma de aumentar o repasse das verbas públicas para o ensino privado. E agora o
1284 processo estava novamente na Câmara, esperando a decisão final do Congresso. Mas não é sempre
1285 que a bancada petista tem tido uma posição progressista de enfretamento da política recessiva e
1286 privatista que o Ministério da Fazenda está patrocinando. A Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel**,
1287 representante do Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM e trinta e duas
1288 associações de pacientes com essa patologia, agradeceu a oportunidade de estar ali e comunicar a
1289 grande dificuldade que seu movimento tem enfrentado: depois de dez anos utilizando os
1290 medicamentos injetáveis e de infusão, estão passando aos medicamentos orais. Têm participado de
1291 reuniões na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), como a que
1292 ocorrerá no dia seguinte, para verificar a definição a respeito desse medicamento, o fingolimod, que é
1293 a grande expectativa e esperança dos pacientes. Disse esperar que o Ministro dispensasse atenção a
1294 isso, pensando no benefício que poderá trazer a todas as pessoas com essa patologia. O Conselheiro
1295 **Abrahão Nunes da Silva** cumprimentou a todos os presentes e internautas e disse que infelizmente
1296 as intervenções dos conselheiros serão num tom crítico ao modelo atual de saúde pública brasileira,
1297 não pelo modelo que tanto se lutou para criar na década de 1980, mas sim pela condução que lhe é
1298 dada. O SUS para todos os brasileiros, público, com qualidade e respeitando as questões regionais e
1299 as condições de cada brasileiro e aqueles que optaram por viver no Brasil. Chamou a atenção para um
1300 assunto pouco falado em todas as discussões que é a tentativa de buscar alternativas para o modelo
1301 de saúde instalado no Brasil hoje, calcado no mercado e na doença e não no cidadão, na promoção da
1302 saúde e prevenção de doenças. Está voltado para a doença porque é muito importante para o mercado
1303 que as pessoas estejam doentes, pois aí sim se consegue ganhar muito dinheiro com a situação das
1304 pessoas. Disse acreditar que se precisa de mais recursos financeiros e profissionais para a saúde,
1305 investir na formação dos profissionais. As escolas atuais não formam profissionais capazes de atender
1306 às necessidades da humanidade, e sim do mercado, isso é muito grave e é uma orientação colocada,
1307 evidentemente, pelo mercado capitalista. Isso é um desafio muito grande para todos, em especial para
1308 os que militam na área de saúde. Haja vista a quantidade de recursos aplicados na atenção primária e
1309 na atenção básica e a aplicada na alta e média complexidade. É uma disparidade enorme, não que se
1310 deva deixar de investir na alta complexidade porque é necessário, as pessoas adoecem, precisam
1311 fazer cirurgia, ser internadas, mas a atenção primária é sempre deixada em segundo plano nesse país,
1312 por quase todos os entes da federação. Alguns se esforçam, lutam, mas as fontes de recursos para a
1313 atenção primária são ridiculamente pequenas. Essa relação com o mercado é promiscua e muito ruim
1314 para a saúde do povo brasileiro. As relações interfederativas também são difíceis. A carga jogada nos
1315 municípios é muito maior do que eles podem suportar. O governo federal estipula a regra pela qual ele
1316 pode utilizar o dinheiro e por isso fica ao seu bel prazer a serviço do mercado econômico e financeiro e
1317 do capital privatista e explorador desse país. Discordou da fala anterior que alocou o problema na área
1318 econômica do governo, posto que ninguém votou em “Ministro da Economia”, e sim no Presidente da

1319 República, ninguém vota em ministro ou técnico e sim no governo, então a política é do governo e não
1320 do “Ministério da Economia”. É muito mais complicado que isso. Jogar a questão da área econômica é
1321 reduzir o menor agravio da situação de governo. Concluiu que para a Central de Movimentos Populares
1322 é muito claro: deve-se investir em mais recursos e melhor formação dos profissionais, numa gestão
1323 melhor para ter mais recursos financeiros, mais gestão e qualidade e buscar novas terapia. Alternativa
1324 é o que tem nesse país de sobra para ser aplicada como a das Práticas Integrativas e
1325 Complementares em Saúde (PIC) que tanto se fala, plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos,
1326 mas isso, lamentavelmente, como outras práticas tantas que o país possui, importantes para a saúde
1327 do povo brasileiro, entram em confronto com o mercado financeiro, o mercado da exploração da
1328 indústria e o governo não tem coragem de peitar. A Conselheira **Maria do Socorro Bezerra Mateus**,
1329 representante da União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e do Fórum
1330 dos Trabalhadores, realizou a leitura de uma carta aberta que fizeram “ao Excelentíssimo Senhor
1331 Ministro da Saúde Arthur Chioro e ao Conselho Nacional de Saúde. A União Nacional dos Auditores do
1332 SUS – UNASUS, entidade representante dos servidores que exercem atividade de auditoria lotados no
1333 Departamento Nacional de Auditoria - Denasus no Ministério da Saúde, bem como, nos serviços de
1334 Auditoria dos entes Estadual e Municipal, vem perante Vossa Excelência, Senhor Ministro e a esse
1335 pleno expor o gravíssimo momento vivido pelo Denasus, componente federal e órgão central do
1336 Sistema Nacional de Auditoria do SUS - SNA. Entendemos que um sistema tão gigantesco como o
1337 SUS não pode prescindir de um sistema de controle e auditoria efetivo, dotado de capilaridade e
1338 capacidade técnica visando garantir, além da correta aplicação dos recursos financeiros, estancar o
1339 desperdício e combater fraudes e a corrupção, também atuar na verificação da qualidade da
1340 assistência prestada de maneira cooperativa e pedagógica visando a satisfação dos usuários do SUS.
1341 É imperativo considerar também, que o orçamento da União previsto para 2014, destinados à saúde,
1342 cerca de R\$ 106 bilhões, 70% desses serão repassados aos Estados e Municípios para as ações e
1343 serviços de saúde, quando se faz auditoria, 30% desses recursos estão indo para o ralo através da
1344 corrupção entretanto quando a sociedade sai às ruas cobrando melhoria na saúde pública, essa
1345 reivindicação vem para o Governo Federal que não é o executor da política. Todavia a Presidenta
1346 necessita saber como esse recurso está sendo gerido e somente com um Sistema de Auditoria
1347 estruturado, com um olhar de profissionais de saúde pública, poderá dar essa resposta e subsidiar a
1348 tomada de decisão inclusive do Conselho Nacional e de todos os Conselhos de Saúde do Brasil. O
1349 SNA, criado há 21 anos, ainda não foi estruturado, nem saiu do papel. Por isso o DENASUS, hoje,
1350 conta apenas com um efetivo de 748 servidores, onde mais de 60% recebem apoio de permanência, e
1351 apenas 547 estão em efetivo exercício fazendo auditoria, ou seja, estamos fazendo um controle e
1352 monitoramento, não estamos fazendo auditoria. Esses servidores auditam o maior orçamento da União
1353 e o DENASUS agonizam por uma absoluta falta de definição e atitude por parte do Ministério da Saúde
1354 na consolidação da auditoria do SUS, mediante a criação do cargo (de auditor federal ou qualquer
1355 nome que queriam dar. Hoje essas atividades são exercidas por servidores do quadro permanente do
1356 Ministério da Saúde, porém não possuem carreira definitiva que garanta autonomia, estabilidade e
1357 prerrogativas de “Carreira de Estado”, mesmo se tratando de uma atividade de controle. Tivemos uma
1358 Lei em 2013, que, foi VETADO pela presidenta. A UNASUS entende que somente com uma
1359 Paternidade Responsável por parte do Ministro de Estado da Saúde que coloque pessoalmente
1360 empenho nessa tarefa porque o nosso sistema dará apoio não só para o Conselho Nacional, mas para
1361 todos os conselhos do Brasil para reconhecer a importância desse Sistema de Controle do SUS,
1362 chamando para si a solução efetiva, definitiva e adequada estruturação do SNA conforme a nossa
1363 presidente do Conselho Nacional tão bem falou. A UNASUS entende, também, que os atuais
1364 servidores que ao longo desses 21 anos carregaram a auditoria do SUS tem que ficar de alguma forma
1365 atrelado à carreira a ser criada. Neste sentido, solicitamos definição por parte de Vossa Excelência,
1366 Senhor Ministro, e deste Pleno para: Que o acordo firmado entre os Ministérios do Planejamento e da
1367 Saúde com a UNASUS no ano de 2008 seja cumprido - criação da carreira da auditoria do SUS e a
1368 criação do Cargo de Auditor do SUS com o consequente concurso público. Que o governo estruture o
1369 DENASUS para cumprir o seu papel constitucional, como componente federal e órgão central do SNA.
1370 Nós queremos uma auditoria forte, com autonomia integral para atender um SUS de qualidade.” O
1371 Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**, representante da Organização Nacional dos Cegos do Brasil
1372 (ONCB), cumprimentou a todos e deu as boas-vindas ao Ministro que vem do grande ABC, como ele.
1373 Falou, para além da qualidade do diálogo que está sendo feito, da importância de tê-lo hoje no
1374 Conselho como um marco para o fortalecimento da interlocução entre o controle social e a gestão.
1375 Comentou no dia anterior na reunião do Fórum dos Usuários que percebe o momento político como
1376 estratégico e bastante significativo para o país e é fundamental que possa pavimentar um caminho
1377 cada vez mais consolidado da relação entre a gestão e o controle social. É Coordenador da Comissão
1378 Intersetorial da Saúde da Pessoa com Deficiência nesse Conselho e trouxe em sua fala a necessidade
1379 de se possa avançar no debate da qualificação do atendimento à pessoa com deficiência no Brasil,
1380 visto que muitas vezes se cria a sensação de que está tudo resolvido. É preciso avançar na
1381 acessibilidade no SUS, seja no atendimento das pessoas com deficiência quando chegam no serviço,

1382 seja na preparação dos profissionais para compreender a importância da acessibilidade para além do
1383 aspecto arquitetônico, e nem esse muitas vezes é considerado. É preciso avançar na inserção de
1384 trabalhadores com deficiência no Sistema Único de Saúde e em mediadas estratégicas que muitas vezes
1385 fazem com que trabalhadores acabem adquirindo alguma deficiência dentro do sistema. É preciso
1386 consolidar com urgência um modelo que vem com o Viver Sem Limites e cria uma rede de cuidado da
1387 pessoa com deficiência no país. A CISPD tem um seminário programado para esse ano, e no mês
1388 seguinte haverá a jornada das comissões, onde pretendem qualificar o debate da construção desse
1389 seminário e contam em ter o Ministro como aliado da rede e do movimento de pessoas com deficiência
1390 já que conhece seu trabalho em São Bernardo do Campo, para melhorar a interlocução entre Estado e
1391 Sociedade Civil, pediu que assuma um papel de protagonismo na oferta de serviços para esse
1392 segmento. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” elogiou a
1393 presença do Sr. Ministro nesse espaço e apresentou-se como médica representante da Rede Nacional
1394 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Disse que há vinte anos, em 1994, a
1395 ONU realizou a grande Conferência do Cairo onde as feministas do mundo inteiro estavam presentes e
1396 puderam identificar que todas as reivindicações sobre a saúde da mulher só poderia ocorrer com um
1397 outro olhar, outra visão de população e de desenvolvimento. Como o olhar da forma que está até hoje
1398 pouca coisa mudaria. Vêm trabalhando de lá até hoje e todas as reivindicações das mulheres estão lá
1399 contidas. Em 1983 criaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), se
1400 transformou em política e hoje há a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
1401 (PNAISM), dentro desse Ministério da Saúde desde 2004. É uma política de governo que pouco tem
1402 avançado e que poucas áreas possuem. Com a possibilidade de avanço, foi elaborado nesse governo
1403 o Programa Rede Cegonha que já foi muito discutido e sua entidade é contrária, posto que querem
1404 colocar como política o que não é. A Rede Cegonha é um programa dentro da política maior da saúde
1405 da mulher. Quem quer engravidar tem a Rede Cegonha, mas as mulheres não desejam engravidar
1406 sempre, e continuam sendo mulheres todos os dias com necessidades próprias e por isso não resolve
1407 a questão. Relembrou o caso Aline ocorrido há alguns anos, conhecido no mundo inteiro em que uma
1408 mulher passou em quatro hospitais e morreu durante o parto, o qual fez com que o governo brasileiro
1409 criasse uma política para diminuir a mortalidade. Na semana anterior, de vinte a vinte e dois de
1410 fevereiro houve um grande seminário no Brasil para a discussão da Comissão Nacional da População
1411 em Desenvolvimento (CNPD) e o Secretário Helvécio Magalhães, da Secretaria de Atenção à Saúde,
1412 representando o Ministério da Saúde, fez uma fala salutar para o movimento de Saúde da Mulher de
1413 grande peso, discutindo a dificuldade de tocar a questão política de saúde da mulher revelou que
1414 existem apenas sessenta e cinco serviços de aborto legal no Brasil. Eram sessenta e com a luta do
1415 Movimento, o ex-Ministro Alexandre Padilha aumentou para sessenta e cinco, no entanto o Brasil tem
1416 cinco mil municípios. Além disso, há inúmeros casos de investigação não solucionados de
1417 medicamentos e insumos de contracepção que sumiram e foram encontrados trancados em porões de
1418 igreja. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, representante da Federação de Sindicatos de
1419 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
1420 FASUBRA e do segmento dos trabalhadores – FENTAS, cumprimentou a todos e comentou que as
1421 falas que lhe antecederam já deram um norte da situação conjuntural. Aduziu que antes de falar saúde
1422 pública, ou qualquer outra prestação de serviço feita à população, primeiro fala-se em educação,
1423 capacitação, informação e qualificação. De fixação desse profissional no local de atividade. Esses são
1424 detalhes que o processo de gestão quando sai de uma política de Estado para ser tratada como
1425 política de governo é de fácil solução, já que as queixas são redundantes os informes sobre a falta de
1426 habilidade da gestão no trato com as políticas de saúde em especial. Quando se fala em SUS como é
1427 possível ter uma dignidade de falar em sistema único de saúde público, gratuito e de qualidade,
1428 quando se institui nos estados OSs, OSCIPs, terceiriza e quarteiriza os serviços e se vê em todos os
1429 serviços nos estados onde foram implementados o caos instalado como, por exemplo, no Rio de
1430 Janeiro e Sergipe. Mais uma vez, incorre-se no erro de fazer uma fala e na prática ter outra. Hoje os
1431 hospitais universitários possuem estruturas direcionadas ao ensino e pesquisa e formação dos
1432 profissionais da área de saúde são terceirizadas para uma entidade que terceiriza os trabalhos e
1433 desqualifica o saber do profissional quando trata o reconhecimento do profissional terceirizado com um
1434 valor e do público com outro valor. É necessária uma estrutura que dê confiança no desenvolvimento
1435 do trabalho, que é simples. Primeiro: tratar as políticas, principalmente a da saúde, como política de
1436 Estado e não de governo. Segundo: um plano nacional de cargos, carreiras e salários para acabar com
1437 o assédio moral que existe principalmente no interior do país, onde uma cidade quando consegue
1438 montar uma equipe multiprofissional, a cidade vizinha destrói a equipe pagando a mais o profissional
1439 que entende ser mais necessário. Tudo que se fala é redundante porque está contemplado dentro do
1440 Sistema Único de Saúde e da Constituição Federal, não sendo necessária a emissão de portarias ou
1441 leis, ela diz que o privado é complementar ao público. E no momento em que se dá mais ênfase ao
1442 privado e retira a solução da saúde que são os hospitais universitários, onde tem o ensino e a
1443 pesquisa, a última fonte de recurso tanto do privado, quanto do público. A Conselheira **Denise**
1444 **Rodrigues Eloi de Brito**, presidente da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

(UNIDAS), entidade que representa as operadoras de saúde de autogestão no país e assiste aos trabalhadores e parte dos servidores públicos, cumprimentou a todos, deu as boas-vindas ao Sr. Ministro que chega num momento em que a precariedade da saúde é motivo de grito na sociedade brasileira e declarado como uma das maiores preocupações do brasileiro e declarou que a autogestão acredita no fortalecimento do SUS e por isso participa desse Conselho, pois para que o serviço de saúde complementar cumpra seu papel constitucional perante a sociedade o SUS precisa ser forte e dar as respostas que a sociedade pede e para a qual ele foi instituído. Disse desejarem desmistificar a visão do bem e do mal na discussão do sistema de saúde no país quando se fala especialmente da relação público e privado. Entendeu que o Ministério da Saúde pode estar mais atuante nessa discussão dentro do Conselho para que essa relação seja melhor desenhada na implantação do sistema de saúde como um todo que hoje implica na inclusão do Sistema Único e do Sistema de Saúde Complementar porque só assim se pode dar as respostas responsáveis e comprometidas com os verdadeiros anseios da sociedade brasileira, dos trabalhadores e dos servidores públicos. A Conselheira **Ana Maria Costa**, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cumprimentou a todos e saudou a chegada do Ministro, como velho companheiro da luta pelo direito à saúde e pela reforma sanitária e ressaltou a importância de sua entidade nesses temas. Chamou a atenção para a expectativa para o papel agora ocupado por ele no convencimento dentro das forças governamentais sobre o papel da saúde no contexto do desenvolvimento nacional. Entendeu ser uma missão que lhe cabe e afirmou que sua entidade estará fortalecendo e dando sustentação política para esse projeto. Do ponto de vista setorial defendeu que lhes cabe a difícil tarefa de consolidar um sistema único de saúde com um novo modelo de atenção que pelejaram para consolidar por vinte e cinco anos. Pautado numa atenção básica e primária resolutiva de qualidade, que se legitima pela qualidade e não pela burocracia, na reestruturação desse modelo. Reconheceu, entretanto, que algumas questões estão postas hoje, o Programa Mais Médicos toca numa questão essencial dos recursos humanos, ainda restrita ao profissional médico, mas precisa ampliar para as demais profissões, todavia é preciso fortalecer esse papel regulador das profissões. Preocupou-se com o grande desafio republicano de repensar a gestão e as regionais de saúde, como rearticular municípios, estados e Ministério da Saúde para criação de uma gestão pública transparente, com controle social e não contaminada por todos esses formatos privatizantes gerencialistas que hoje se vê no interior do Sistema Único de Saúde. Esse é um grande desafio dentro dessa perspectiva de primar pela defesa do usuário e pela garantia do acesso e da universalização. Por outro lado, afirmou que não se pode esquecer dentro de todo o conjunto de desafios, a questão do financiamento. Vem-se de uma ressaca dura com o Movimento Saúde + 10 e é preciso, nesse contexto da retomada agenda da reforma sanitária, ressuscitar a saúde como integrante do orçamento da seguridade social que a Constituição consagrou. Portanto é necessária a luta no interior do Estado e do governo por reformas tributárias políticas econômicas que deem conta de fornecer ao SUS fonte estável e suficiente de recursos já que se perde muito nesse processo. Do ponto de vista internacional, não obstante já ter sido mencionado, o CEBES, como integrante da associação latinoamericana de medicina social reiterou a importância que o Brasil tem na posição junto à Organização Pan-americana de Saúde e na própria Organização Mundial da Saúde, em relação a essa perversa e distorcida proposta da cobertura universal da saúde que mais que um desvio semântico é um favorecimento explícito ao mercado e distancia do modelo brasileiro. O fato de o Brasil ter votado favoravelmente a essa proposta da cobertura universal causa constrangimento internacional junto aos companheiros latinomaericanos e pediu a reversão desse voto no sentido de fortalecer o SUS como um sistema modelar para a América Latina. Finalizou dizendo que esse é um momento de ampliação da democracia, precisando lidar com questões fundamentais como a legalização do aborto, da internação compulsória, que não são menores e têm uma repercussão importante para a saúde pública nacional. O Conselheiro **Jorge Oliveira Duarte Marobo**, representante do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI) cumprimentou a todos e se disse feliz com a presença do novo Ministro e falou que possuem o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, criado desde 1999, certo de que houve avanços significativos, mas não conseguiu chegar solução nas aldeias e na comunidade indígena. Lembrou que no ano anterior aconteceu a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena onde a população indígena brasileira apresentou as propostas que foram aprovadas, com a participação dos gestores delegados, para solucionar um subsistema inoperante e defasado que não consegue avançar mais e precisa ser redefinido. Solicitou que elas sejam implementadas. Declarou que existem alguns problemas pontuais que precisam ser discutido e, do seu ponto de vista, estão sendo protelados, mas poderiam ser resolvidos em curto prazo, como os problemas internos do Mato Grosso do Sul, Maranhão, entre outros, que envolve indígenas e gestores. Não se pode permitir o prolongamento de problemas nesses lugares em detrimento da saúde das mulheres e crianças que sofrem com isso, independente de atribuição de culpa. No caso do Acre acreditou ser preciso ir ao local porque as informações que chegam, não são muito boas para tomar ações concretas e solicitou apoio dos gestores para resolver. O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, representante do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e do FENTAS, cumprimentou a todos e cedeu seu tempo para a Conselheira Denise Torreão Corrêa da

1508 Silva que iria falar em nome do FENTAS. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**,
1509 representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) e do FENTAS, cumprimentou a todos e
1510 relatou já ter tido a oportunidade de parabenizá-lo no momento da transmissão de cargo e oferecer a
1511 parceria solicita com todos os segmentos dos trabalhadores. Iniciou relembrando a Resolução nº
1512 287/CNS que remonta à 8ª Conferência Nacional de Saúde e coloca como uma das questões
1513 fundamentais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde o acesso igualitário de todos aos
1514 serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a integralidade da atenção à saúde e
1515 participação social e ressaltou a importância de uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde e o
1516 reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível
1517 superior constituindo um avanço no que tange à integralidade da atenção. Com base nessa resolução
1518 o Fórum dos Trabalhadores se manifestou sendo de conhecimento de todos que as profissões de
1519 saúde de nível superior são ao todo um número de treze. Reforçou a necessidade de reafirmar que
1520 não pode haver uma hierarquização de saberes nessas práticas profissionais e no exercício dessa
1521 função dos trabalhadores de saúde. Aprovaram uma carta de princípios dos trabalhadores em 2001 e o
1522 Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Saúde (FENTAS) é nacional e permanente com
1523 reuniões mensais, sempre à véspera da reunião do CNS (nesse dia, em especial, reunir-se-ão no final
1524 do dia em razão da alteração de agenda devido à jornada das comissões), de articulação e deliberação
1525 política em defesa do Sistema Único de Saúde e de discussão democrática sobre as questões
1526 pautadas no Conselho Nacional de Saúde. A intenção é sempre pautar os mesmos temas que o CNS
1527 no sentido de subsidiar e defender a posição do FENTAS dentro do Conselho. Tem como princípio
1528 fundamental o compromisso com os dispositivos constitucionais referentes à política de saúde e a
1529 defesa incondicional do Sistema Único de Saúde. Possui representação de confederações,
1530 federações, associações, conselhos profissionais, é composto de maneira extremamente democrática
1531 e representa o processo de trabalho em todo o seu campo: formação, regulamentação e relações do
1532 trabalho. Destacou do discurso de transmissão de cargo alguns pontos que acredita fundamentais para
1533 o funcionamento do sistema que estão completamente afinados com o desejo do CNS não só do ponto
1534 de vista dos trabalhadores da saúde como dos usuários do Sistema Único de Saúde. A questão da
1535 organização da rede de atenção básica; a ampliação da cobertura de saúde da família; reorganização
1536 dos serviços de alta complexidade; o gargalo na média complexidade; os desafios relacionados aos
1537 complexos problemas do Sistema Nacional de Saúde, desde a organização da oferta à garantia de
1538 acesso; a necessidade de ampliar e qualificar a infraestrutura da rede de saúde; a necessidade de
1539 discutir a abertura de novos cursos, descentralizando e em locais que tenham condições seguras para
1540 a oferta; a garantia de vagas de residência para todos os profissionais de saúde; o investimento nas
1541 categorias de nível superior e técnico; a priorização da expansão e da qualificação da atenção básica e
1542 da estratégia de saúde da família; a continuidade do processo de implantação das redes regionais de
1543 atenção à saúde; a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, para o qual pediu participação
1544 de todos os usuários e trabalhadores da saúde na formulação do texto; o financiamento, que o
1545 Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos irá destacar; a necessidade de continuamente discutir o
1546 modelo de gestão para que não haja risco de privatização e precarização e apropriação por interesses
1547 particulares; o estabelecimento de carreira única de Estado para todos os profissionais de saúde.
1548 Como defesa geral do Fórum dos Trabalhadores (informou eu irá formalizar um pedido de audiência no
1549 gabinete) seria a participação de todas as categorias de trabalhadores da saúde na construção
1550 conjunta e coletiva de respostas efetivas sem hierarquização de saberes e práticas; a constante
1551 afirmação e reafirmação do SUS como política de Estado e não política de governo; a necessidade de
1552 fortalecimento por parte do governo da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
1553 Trabalhadora e da 15ª Conferência Nacional de Saúde; a defesa da carreira única de Estado, com
1554 plano de carreira, cargos e salários isonômico, sem hierarquização dentre as profissões de saúde; o
1555 compromisso firmado pela Presidenta Dilma pelas trinta horas, inicialmente para enfermagem e
1556 seguindo-se para as outras profissões de saúde; a necessidade de concursos públicos para todos os
1557 profissionais de saúde (existem concursos abertos, como o do INCA, por exemplo, que não preveem a
1558 alocação de todos os profissionais); sua posição contrária ao PL 6126/13, a continuação do PL do Ato
1559 Médico que todos envidaram esforços contrários na lógica que estava na época; a revisão da equipe
1560 de saúde da família com a incorporação dos demais profissionais; a revisão da equipe de internação
1561 do programa domiciliar; a participação de todos os usuários e trabalhadores da saúde na reformulação
1562 da Política Nacional de Saúde; o cumprimento das deliberações do pleno do CNS com a homologação
1563 das resoluções que estão pendentes; a reafirmação do posicionamento do CNS contra a terceirização
1564 da saúde e contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); e o repúdio ao fato de o
1565 Brasil ter sido signatário à proposta da cobertura universal, nos moldes como ela foi assinada, já
1566 mencionado pela Conselheira Ana Maria Costa. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, representante
1567 da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB e do Movimento Negro,
1568 comentou que quando a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, citou os novos atores
1569 reprensando os rumos da saúde pública, atualmente o Movimento Negro atuante no campo da saúde
1570 tem tido visibilidade, mas não chega a ser um campo novo. Informou que a puta de sua defesa seria a

1571 implementação da Política de Saúde Integral da População Negra e ressaltou não ser uma política do
1572 negro, porque as doenças que acometem os negros não são diferentes, elas acometem
1573 diferentemente por condições de vulnerabilidade social que demonstram as desigualdades citadas pelo
1574 próprio Ministro em sua fala nas duas vezes em que teve a oportunidade de ouvi-lo. Ressaltou que o
1575 caso Aline citado pela Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, "Santinha" foi instado
1576 na ONU também pela condição de ser ela uma mulher negra, então a questão do racismo também
1577 está colocada nesse caso que foi o primeiro de morte materna a ir a uma corte internacional. Disse que
1578 a questão do racismo já foi assumida pelo Estado brasileiro e existe desde 2003 a Secretaria Especial
1579 de Igualdade Racial. O Ministério da Saúde já assumiu a existência de racismo nas estruturas de
1580 saúde e a Política de Saúde da População Negra é lei que não está sendo implementada, não
1581 obstante seja obrigação da gestão. Afirmando desejar contribuir para o processo de implementação
1582 dessa política porque é inadmissível que uma política aprovada por esse Conselho, passando por todo
1583 processo legal de aprovação, assumida pelo governo, com dados produzidos pelo governo, publicados
1584 pelo Ministério da Saúde não seja devidamente implementada. É necessária a responsabilização dos
1585 Estados e dos Municípios porque a política impactará nas condições de vida da população como um
1586 todo e a atenção básica apontada por ela deveria dar conta principalmente do princípio da equidade.
1587 Reconheceu que existem várias questões que fazem com que a política não seja implementada e
1588 notificou que o Movimento Negro encaminhou um pedido de audiência e uma carta com algumas
1589 questões. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** saudou o Ministro e elogiou a síntese do
1590 acúmulo de discussões do Conselho Nacional feita pela Presidente do CNS, Maria do Socorro de
1591 Souza, a qual tem muita confluência com o discurso de posse do Ministro, possuidor de uma trajetória
1592 de luta e construção do Sistema Único de Saúde e lembrou que ele fez parte da mesa que dirigiu a
1593 planária final da 12ª Conferência Nacional de Saúde que varou a madrugada. Repetiu sua intervenção
1594 no debate anterior sobre a resolução do orçamento do SUS onde afirmou ser fundamental o
1595 reconhecimento pelos conselheiros dos avanços ao cobrar o que precisa ser feito, porque se eles
1596 próprios não valorizarem o SUS não podem querer que a sociedade carregue essa bandeira e a
1597 defenda com força para conquistar realizações maiores. É um papel dos conselheiros para incorporar
1598 novos segmentos na trilha em defesa do SUS. No Conselho tem se repetido essa discussão sobre o
1599 financiamento como se fosse uma questão de vontade da Presidenta ou do Ministro para ampliar os
1600 recursos para o SUS e é sabido que não é isso. Existe uma correlação de forças na sociedade muito
1601 difícil. O setor financeiro e o mercado têm um peso grande e recordou que no ano inicial da gestão da
1602 Presidenta Dilma Rousseff ela fez um processo de redução das taxas de juros e não se viu de
1603 mobilização da sociedade nas ruas para apoiar a atitude da Presidenta. Só havia manifestação das
1604 centrais sindicais na mídia afirmando que a redução deveria ser maior, mas não foram às ruas
1605 valorizar o enfrentamento feito por ela com o setor financeiro. Avaliou que não adianta repetir "Saúde +
1606 10", "10% das receitas correntes brutas". É preciso compreender a engrenagem geral maior e apoiar,
1607 mobilizar e ir às ruas também para defender políticas e posições positivas para o SUS. Se não aliar a
1608 cobrança com a valorização e o apoio às medidas positivas é muito difícil avançar. Fez considerações
1609 gerais, porque talvez essa seja sua última manifestação enquanto conselheira de saúde. O Ministro da
1610 Saúde, **Arthur Chioro**, interviu para dizer que há controvérsias sobre esse fato, pois ainda não haviam
1611 conversado sobre o assunto. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** continuou afirmando que
1612 precisava demonstrar essa preocupação devido ao fato de o Conselho Nacional de Saúde ter um papel
1613 fundamental para imprimir um processo diferente para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, sendo
1614 essencial a união em torno de uma estratégia pra garantir que a 15ª se apresente como foi a 8ª. A
1615 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** elogiou sua atuação no Conselho como trabalhadora
1616 e como gestora, sempre com uma contribuição e que independente da decisão, gostaria de expressar
1617 o reconhecimento à Conselheira Julia Maria Santos Roland enquanto militante e defensora do SUS,
1618 sempre de uma forma muito respeitosa. Contou que a conheceu como representante da Central Única
1619 dos Trabalhadores e dos trabalhadores da saúde e hoje como gestora e continua sempre com o
1620 compromisso, respeito e muita dedicação. Concordou com o Ministro dizendo que todos também
1621 desejam que ela permaneça. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, representante da
1622 Confederação Nacional da Indústria (CNI) e do setor farmacêutico, cumprimentou a todos e agradeceu
1623 que o Ministro esteja ali ouvindo a todos, o que considerou muito importante. Comentou ter sido aluno
1624 de um professor de sociologia na faculdade de direito o qual falava que o ser-humano nunca está feliz,
1625 sempre precisa de mais. Compartilhou dados que sempre carrega consigo relatando aumentou em dez
1626 anos (de sessenta e cinco para setenta e cinco anos em média) da expectativa de vida do brasileiro
1627 desde a criação do SUS em 1988. E isso aconteceu porque hoje há melhor e maior acesso à saúde.
1628 Nos últimos três anos, com certeza, melhorou muito. Afirmou ser um grande crítico do sistema porque
1629 trabalha na indústria farmacêutica entretanto sempre coloca que a assistência farmacêutica é
1630 extremamente importante e ajudou a melhorar essa qualidade de vida. Disse não ter a mínima dúvida
1631 de que o programa da farmácia popular e os programas de vacinação reduziram a despesa para o
1632 governo com internações e cirurgias, apesar de ainda não possuir dados concretos nem os estudos
1633 epidemiológicos, mas certamente isso aconteceu, melhorando a qualidade de vida do brasileiro.

1634 Lembrou de quando era mais novo onde no Hospital Emílio Ribas em São Paulo quem era portador do
1635 vírus da AIDS morria e hoje, graças ao coquetel o paciente se mantém vivo, trabalhando, contribuindo,
1636 gerando riqueza para o Brasil e para o povo. Mas é preciso fazer mais. É muito triste verificar ser ainda
1637 muito pequeno o gasto público brasileiro a relação ao PIB sobre a saúde. O país investe na saúde
1638 apenas 42% do total do gasto público. Enquanto países tidos como extremamente capitalistas e sem
1639 participação do Estado na saúde, como Estados Unidos, gastam 53%. Quando olha o modelo inglês de
1640 gestão (adotado no Brasil), percebe o investimento de 84% do gasto do PIB na saúde. Há, sem dúvida
1641 alguma, problemas de gestão, todos os falados nesse momento acontecem, mas não se pode, em
1642 hipótese alguma, esquecer os avanços, como a Conselheira Julia Maria Santos Roland falou. Já tinha
1643 preparado sua fala antes em razão dos dados trazidos, e coincidentemente trataram do mesmo
1644 assunto. É muito importante continuar fazendo, mas sem nunca esquecer o passado. O Conselheiro
1645 **Jurandi Frutuoso Silva**, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS,
1646 saudou o Ministro e declarou sua alegria emvê-lo no cargo. Conheceu o “Arthur” como militante do
1647 Sistema Único de Saúde há muito tempo e sabe do seu compromisso com a causa pública e lhe disse
1648 isso ontem quando o encontrou no elevador. Ele chegou e se apropriou (no bom sentido) do Ministério
1649 de uma forma tão rápida que se ente esse domínio sobre o que está posto como problema de saúde
1650 para ser resolvido e permite um diálogo confiante porque sabe que ele vem da base, da gestão do
1651 município há mais de quinze anos, e sabe o que passa o gestor público e o reconhecimento recebido
1652 (comentário feito com mágoa), apesar de provar todos os dias que aumentou em dez anos a
1653 expectativa de vida, reduziu a mortalidade infantil, a vacina é hoje no Brasil uma prática que erradicou
1654 quase na totalidade doenças como poliomielite e outras mais. O problema maior em alguns espaços é
1655 o discurso afirmando o desvio de praxe no Brasil de 30% dos recursos da saúde. Está aí uma
1656 montanha de em torno de sessenta e seis bilhões de reais por ano, que seria o terceiro orçamento do
1657 Brasil, e fica sentido porque se isso fosse verdade nada aconteceria e o sistema de saúde não
1658 evoluiria. Disse ver gestores todos os dias trabalhando desde cedo até tarde da noite, viajando,
1659 procurando pensar política de saúde e tentando por em prática, essa parte, e por isso está no CNS
1660 como gestor há alguns anos, e fica bastante sensibilizado porque sabe que dos cinco mil e setecentos
1661 municípios, muitos secretários há essa hora estão lutando contra as desigualdades sociais, fazendo
1662 saúde onde tem 30% de analfabetos e apenas 50% de saneamento básico, está em região do Brasil
1663 onde a desigualdade é clara e dificulta a sua execução, mas mesmo assim progride. O CONASS
1664 trouxe para o Ministro já no dia seis de fevereiro, logo após a posse, seis pontos apenas para
1665 apresentar como prioridade na gestão, onde o foco foi a ação conjunta na implementação da Lei
1666 Complementar nº 141/2012; na atenção à saúde, garantir a celeridade na implantação das redes de
1667 atenção à saúde, o que é estruturante; dizer (e não cobrar porque, como Ministro, ele não pode fazer
1668 parte dessa causa) que continuarão lutando pelos 10% da recita corrente bruta; a assistência
1669 farmacêutica, onde a questão da judicialização é bastante grave e é preciso encontrar uma forma de
1670 enfrentar isso para dar certa ordem a esse processo; e em recursos humanos, que está faltando no
1671 documento com a intensidade necessária, é fortalecer a implantação do Programa Mais Médicos e
1672 colocar como pauta principal a questão da educação permanente; e, por fim, discutir o processo das
1673 conferências de saúde que precisa ser repensado. Encerrou se solidarizando à Conselheira Julia Maria
1674 Santos Roland dizendo que há divergências, e sempre haverá, pois a velocidade estratégia desejados
1675 por um não pode ser atendida pelo outro, mas o respeito é necessário porque sem isso não se pode
1676 evoluir nem atingir os objetivos traçados para o Sistema Único de Saúde posto que o ingrediente
1677 negativo na negociação faz perder força, energia e muito tempo. Parabenizou o Ministro e sua equipe
1678 e disse que ele tem todo o apoio necessário do CONASS no que for preciso para sua atuação à frente
1679 do Ministério da Saúde. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, representante da Federação
1680 Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar, do FENTAS e da coordenação do Movimento Saúde + 10,
1681 cumprimentou a todos e demonstrou sua satisfação com a posse do Ministro, particularmente em
1682 função de que a jornada à qual se dedicam nos últimos tempos começou em outras primaveras, na
1683 primavera da saúde na qual o então Secretário teve uma participação importante na mobilização e em
1684 colocar no centro do debate o problema do subfinanciamento da saúde. As entidades têm se
1685 mobilizado e o CNS tem bastante clara a proposição de uma proposta concreta para o problema do
1686 financiamento e, embora saiba que o Ministro se encontra no espaço do governo, acredita que o
1687 espaço do diálogo e do destino dos recursos públicos dão condições para que os instrumentos da
1688 democracia fazerem avançar um dos principais elementos da conquista do povo brasileiro e da
1689 participação popular. Ele se deu não pela participação em espaços colegiados deliberativos, como é o
1690 caso dos conselhos, mas da proposição de projetos de lei de iniciativa popular. Inserir no Congresso
1691 Nacional algo que o Conselho Nacional de Saúde teve um protagonismo muito grande e que vai
1692 continuar todos os esforços políticos no sentido de fazer com que prospere o Projeto de Lei de
1693 Iniciativa Popular nº 321 que fixa os 10% das receitas correntes brutas da União. Teve notícia de que a
1694 comissão especial que analisa no Congresso a PEC do orçamento impositivo à qual está associada
1695 por um edito do Senado a fixação de percentuais diferentes que esse Conselho. Tem a convicção de
1696 que ele reduzirá os recursos e a população irá ocupar os espaços que a democracia permite para

manifestar sua posição. Relembrou que antes da chegada do Ministro era discutida uma resolução na qual os instrumentos legais, também conquistas da democracia, delegaram ao CNS a prerrogativa de determinar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na construção dos instrumentos que organizam o orçamento, como a LDO e a LOA. Fez questão de apresentar alguns elementos que, embora estejam sendo implementados, como falou a Conselheira Julia Maria Santos Roland, é preciso reafirmar. Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2015 da União, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: I - Priorizar a alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento das unidades próprias de prestação de serviços no âmbito do SUS. II - Ampliar a alocação de recursos orçamentários para as ações de Atenção Básica (AB) em saúde em proporção superior aos recursos destinados às ações de Média e Alta Complexidade (MAC), de modo que diminua a razão "MAC/AB" na programação orçamentária para 2015 comparativamente aos anos anteriores. III - Criar dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional, como exige a L nº 141/2012, ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2015, dos valores de Restos a Pagar cancelados desde 2000, sendo 100% dos valores dos cancelamentos efetuados em 2014 acrescidos de um percentual correspondente aos valores acumulados dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2013. IV - Ampliar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e otimizar a aplicação dos recursos públicos mediante a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro das dotações que integrarem o Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2015, com a efetiva disponibilização desses recursos. V - Realizar em 2015 a 15ª Conferência Nacional de Saúde. VI - Fortalecer o processo de qualificação e valorização da força de trabalho do SUS. VII - Formular e implantar o Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. VIII - Alocar recursos orçamentários e financeiros para fixação dos profissionais de saúde principalmente na Região Norte do Brasil, bem como em todas as áreas periféricas das regiões metropolitanas, em todas as áreas rurais e as de difícil acesso. Além dessas diretrizes o Conselho reafirma os objetivos do Plano Nacional de Saúde como elemento orientador e que foi discutido nesse colegiado. E em particular, longe de ser uma demanda corporativa, a necessidade, como apontou o Ministro em seu discurso de posse e como o gestor estadual, o enfrentamento do grave problema da estruturação da assistência farmacêutica que passa para além do problema da judicialização, mas para buscar não só os parceiros que o Ministro identificou em seu discurso (o Ministério Público, a OAB), existe um parceiro que está historicamente à disposição de construir e estruturar aquilo que a sociedade organizou de tal forma e depositou a arte e o ofício da farmácia que são os profissionais farmacêuticos. Disse estarem à disposição para ajudar a contribuir e estruturar a assistência farmacêutica brasileira. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, metalúrgico e representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT no segmento dos usuários, manifestou sua satisfação em tê-lo como Ministro, e esteve presente em sua primeira visita quando veio se apresentar ao Conselho e ficou muito feliz em saber que hoje ocupa o lugar que ele ocupara no passado na representação da CUT no Conselho Nacional. Explicou que sua fala seguirá na direção da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Como é de conhecimento de todos, a 3ª Conferência aconteceu em 2005 e somente nove anos depois se conseguiu realizar a 4ª. Num momento ímpar em que o Brasil está em pleno crescimento e que algumas localidades estão em pleno emprego e ao passo em que ocorre a aceleração do crescimento acontece um maior número de acidentes de trabalho. Há dados estatísticos extremamente alarmantes nesse sentido que coloca o país nos primeiros lugares no cenário mundial com um número de acidentes de trabalho que ainda ultrapassa os setecentos mil anuais e o número de mortes no anuário de 2011, embora tenha havido uma pequena redução, ainda ultrapassou as duas mil e quinhentas mortes registrando duas mil setecentas e cinco mortes oficiais. Então é um momento de extrema necessidade para a realização da 4ª Conferência Nacional, inclusive apontando para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador como uma ferramenta necessária para discutir com a sociedade mecanismos de saída desse cenário internacional ruim aqui colocado. Pontuou algumas questões importantes. O Conselho Nacional de Saúde aprovou em sua última reunião uma recomendação e uma moção de repúdio em função da aprovação de uma legislação aprovada em outubro de 2013 onde o governo federal, ao sancionar a lei, abriu as portas para a entrada de agrotóxico no país, permitindo inclusive a entrada daqueles que estão banidos no cenário mundial. Essa recomendação aprovada pelo Conselho e enviada à Casa Civil e ao Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e outros entes federativos deveria ser apreciada com muito cuidado e muito carinho porque quando se fala de saúde se fala também na questão da segurança alimentar. Não é possível o agrotóxico passar a entrar no Brasil de forma indiscriminada e acreditar que se está fazendo saúde do trabalhador sem cuidar dessa parte. Comentou que entende que o Ministro está chegando agora e se apropriando das informações e não é fácil assumir um ministério como o da saúde e da educação, os desafios são muito grandes, mas existem temas que afetam diretamente a saúde do trabalhador, em especial a saúde do trabalhador do campo, mas principalmente a saúde da sociedade porque é essa comida com agrotóxico que vem para a mesa de todos os brasileiros. Finalizou solicitando ao Ministro que haja presença da 4ª Conferência

Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na fala governamental, cuja falta é sentida nos diversos eventos que tem assistido e na imprensa, para que essa Conferência se torne nacional e todos os pontos do Brasil tenha conhecimento dela e possam ajudar a construí-la. Parabenizou o Ministro e lhe desejou boa sorte, encerrando assim seu discurso. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**, representante da Liga brasileira de Lésbicas – LBL, ateve-se a alguns temas mais específicos, devido à profusa apresentação de temas gerais já apresentados pelos outros conselheiros. Já foi falado da saúde da mulher, da população negra e acrescentou a população LGBT que solicita políticas específicas, e não é à toa, pois é necessário olhares diversos para problemas diversos para que a equidade seja um fato cotidiano dentro do SUS. Elogiou o avanço do Ministério da Saúde no processo transexualizador tanto em relação à Portaria, quanto em relação ao serviço, mas entendeu ainda ser pouco, pois existem outras ações a serem implementadas, como por exemplo, a reprodução assistida para casais de lésbicas, transexuais e gays. A última ação de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais foi uma cartilha publicada em 2003, sobre a qual seu movimento possui várias críticas. Não falou em um protocolo específico para esse público e sim um olhar particular para a especificidade e hoje a área de saúde da mulher tem deixado muito aquém do necessário a saúde da mulher lésbica e bissexual. Para pedir olhar maior à questão trouxe o exemplo local da Paraíba onde em 2013 ocorreram quarenta e uma mortes maternas, sendo onze em João Pessoa a qual corre o risco de não ter a Rede Cegonha implantada, um programa dentro de uma política muito maior de saúde da mulher. Dentre os avanços citou o aumento do diálogo entre o DAGEP e o Ministério da Saúde em relação à política de saúde da população LGBT o que reverbera nos estados com a criação de ambulatórios, mas é urgente que esse diálogo seja aumentado para fortalecer os estados que estão agindo e influenciar os que estão estagnados, com a responsabilidade do CONASS e CONASEMS se juntarem ao pleito. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, representante da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA, saudou o Ministro e o parabenizou e disponibilizou-se e a seus representados e pediu um olhar para essa parcela de pessoas que são às vezes invisíveis e lutam para serem reconhecidas e inseridas de fato e de direito. Por isso a FENACELBRA, juntamente com outros parceiros, lançou uma campanha nacional de alimentos seguro para celíacos e com isso garantir a condição de saúde do celíaco e da pessoa com intolerância. Ela trata da regulamentação da Lei nº 10684/03 que exige a utilização da frase “contém glúten” nos produtos industrializados que possuem tal substância e “não contém glúten” para os que não possuem. A campanha também busca estabelecer os limites do teor de glúten permitido nos alimentos, que acredita ser, a exemplos de outros países como a Argentina, em um máximo de dez partes por milhão. Hoje não há limite na legislação nacional. Solicitou o avanço no diagnóstico precoce de doenças como essa; a disponibilização de produtos e serviços que assistem a essas pessoas, pois os custos de produtos livres das substâncias que causam intolerância são altíssimos, coibindo a inserção nos meios sociais; e minimizar o sofrimento dessas pessoas desde o período do diagnóstico à exclusão social, os desgastes físicos, emocionais, sociais, psicológicos e óbitos, o que diminui os custos para os cofres públicos inibindo a internação em UTIs e evolução para doenças incuráveis como câncer; e que se atente para a educação permanente, principalmente para o diagnóstico diferencial dessas doenças que se assemelham. Por fim ratificou seu apoio para avançar em defesa do SUS e a garantia da saúde e melhor qualidade de vida para todos os brasileiros. O Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, manifestou sua satisfação em cumprimentar ao Ministro e confirmou o recebimento dos cumprimentos do Presidente de sua entidade que se orgulha muito em ter um Secretário Municipal de Saúde, membro do COSEMS, levado ao posto de Ministro da Saúde. Relatou que há pouca coisa a dizer que não seja de seu conhecimento das reivindicações e posicionamento do CONASEMS, tendo em vista que participou ativamente da elaboração da última carta desse Conselho em seu congresso. Reforçou o posicionamento com relação à regionalização e à instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP nas regiões, que é importante e a demora preocupa. Também falou da implantação das redes de atenção prioritárias (Rede Cegonha, de Saúde Mental e Urgência e Emergência) que tem demorado a ser implantadas, especialmente essa última. E o posicionamento do CONASEMS com relação ao financiamento da Saúde em total apoio ao Movimento Saúde + 10 e ao texto que foi enviado com os dois milhões de assinaturas para o Congresso Nacional sobre os 10% da receita corrente bruta. E afirmou que o Ministro tem todo o respaldo do CONASEMS e dos cinco mil e setecentos municípios e dos dois milhões de assinaturas existentes no documento para que se una ao movimento. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, cumprimentou a todos e saudou o Ministro e sua equipe. Afirmou que, mesmo havendo discordâncias, as pessoas no Brasil hoje são atendidas pelo serviço de saúde, seja pelo SUS ou pelo serviço de saúde suplementar. A diferença no atendimento é o acesso e o nível de informação dessas pessoas, dos serviços e do preparo e da qualidade dos serviços e é isso que precisa ser vencido. Dedicou ao Ministro e sua equipe algumas palavras para servir de inspiração nos momentos de planejamento: “desejo a vocês coragem para corrigir os desvios que existem tanto aqui no Ministério, quanto nas três esferas de governo. Sabedoria também nas propostas de intervenções”.

1823 porque é nisso que precisa haver sabedoria. E que vocês valorizem a participação da comunidade.”
1824 Solicitou à Secretaria Executiva do CNS e ao Ministério que sejam levantadas as resoluções e
1825 recomendações desse Conselho nos últimos cinco anos e realizada uma avaliação do que ainda é
1826 válido para que possa dizer com clareza nos próximos meses que se quer ecoar as vozes que ali
1827 foram pactuadas e oficializadas por meio de documentos. Declarou que algumas das resoluções foram
1828 homologadas, mas não executadas e não as citou para não constranger algumas pessoas. A
1829 Conselheira **Marisa Furia Silva** representante da Associação Brasileira de Autismo – ABRA, afirmou
1830 que possui quatro filhos e o terceiro tem autismo e está com trinta e seis anos e ela está há trinta anos
1831 nesse movimento. Pediu ao Ministro especialmente com relação à Rede da Pessoa com deficiência.
1832 “Ela foi implantada pelo viver sem limites que a Presidente lançou em 2011, tem as portarias que já
1833 foram publicadas. Eu acho que o melhor caminho é dar uma força especial à Rede da Pessoa com
1834 deficiência, até porque termina a judicialização na saúde. As pessoas que usam bolsas coletoras não
1835 vão precisar mais ir à justiça para receber. Então a implantação desses centros de referência é
1836 extremamente importante para a nossa área, por exemplo, como relação às pessoas com autismo.
1837 Nós trabalhamos no Plano Plurianual 2012-2015 neste Conselho, e eu me lembro que tudo que a
1838 gente colocou no Plano, muitas dessas propostas foram parar no Plano Viver Sem limites. Eu
1839 pessoalmente coloquei o protocolo de autismo que foi parar no Plano. Então as pessoas com autismo
1840 são consideradas pessoas com deficiência e as famílias querem que seus filhos sejam atendidos
1841 prioritariamente nos centros de reabilitação. Então eu acho que há um esforço muito grande que nós
1842 temos que fazer agora, Ministro, para que sejam implantados esses centros pelo Brasil porque a
1843 grande maioria dessa população está sem atendimento. Os idosos com Alzheimer, os idosos com
1844 deficiência, enfim, eu acho que é muito trabalho que a gente tem como Conselho, como Ministério para
1845 poder abranger toda essa área das pessoas com deficiência, dentro das patologias, os transplantes,
1846 enfim. Eu acho que a prioridade realmente que o senhor possa fazer com relação aos centros de
1847 reabilitação, as famílias estão muito empenhadas para que seus filhos, principalmente com autismo,
1848 que hoje é definido (como) pessoa com deficiência, sejam atendidos provavelmente nos centros que
1849 vão acontecer. Historicamente essas crianças, adolescentes e adultos têm sido atendidos pelas
1850 instituições, pelas APAEs, pelas PESTALOZZIs. Então hoje a gente tem o local que é o centro de
1851 reabilitação e eu peço a sua especial atenção para que realmente tenha um financiamento especial
1852 nessa área e que esses centros realmente aconteçam.” O Conselheiro **José Naum de Mesquita**
1853 **Chagas**, representante da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), reportou
1854 uma manifestação da sua entidade. “A associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais vem
1855 denunciar, infelizmente o senhor herda o Ministério da Saúde com os seus hábitos e tem a missão de
1856 quiçá, corrigir alguns deles, o descaso da saúde pública brasileira...” devido ao pouco tempo do
1857 Ministro, a nota foi entregue em mãos, apesar da inconformidade do Conselheiro com a decisão. A
1858 Conselheira **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, representante do Conselho Federal de Farmácia
1859 (CFF), veio ao Pleno para requerer o apoio tanto do Ministério da Saúde quanto do próprio controle
1860 social em relação ao substitutivo ao Projeto de Lei 4385/94. Em síntese, esse Projeto de Lei de autoria
1861 da então Senadora Marluce Pinto eliminaria a obrigatoriedade da presença do farmacêutico nos
1862 estabelecimentos que fazem a despensa de medicamentos. Nas drogarias, por exemplo, a
1863 responsabilidade técnica poderá ser tanto de um farmacêutico, quanto de um auxiliar de nível médio. A
1864 matéria que se encontra pautada há quase vinte anos ganhou força nas últimas semanas e isso tem
1865 preocupado as entidades farmacêuticas que se fazem presentes nesse Pleno, no caso o Conselho
1866 Federal de Farmácia, a Federação Nacional dos Farmacêuticos. Também é um entendimento do
1867 FENTAS. Em 1997 esse PL ganhou um substitutivo que luta pelo direito da sociedade brasileira aos
1868 serviços farmacêuticos. E caso seja aprovado como substitutivo revolucionaria o papel da farmácia na
1869 sociedade transformando-a em estabelecimento de saúde. Ele integra as farmácias ao SUS e coloca o
1870 farmacêutico como peça central do serviço. Essa bandeira atende às reivindicações da categoria
1871 farmacêutica representadas pelo Fórum Nacional de Luta pela Valorização da profissão farmacêutica
1872 que congrega as federações de farmacêuticos, Conselho Federal de Farmácia, Associação Brasileira
1873 de Ensino Farmacêutico e a Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia e atende, sobretudo, as
1874 necessidades do usuário de medicamentos que merece ter garantia de seu acesso não só ao produto,
1875 mas à assistência farmacêutica de forma qualificada. Por isso pediu o apoio para aprovação do
1876 substitutivo ao PL 4385/94 como prioridade para os farmacêuticos e usuários. O Conselheiro **Marco**
1877 **Antônio Castilho Carneiro**, representante da Federação Nacional das Associações Pestalozzi –
1878 FENASP, coordenador adjunto da Comissão da Pessoa com Deficiência, e cumprimentou a todos
1879 saudou o Ministro desejando-lhe sucesso a toda equipe em sua gestão e que o olhar dessa gestão
1880 seja de fato para a política pública de saúde e possa ver os usuários do SUS como pessoas,
1881 indivíduos, cidadão detentores de direitos e não números. Resaltou a fala da Conselheira Marisa Furia
1882 Silva que trouxe a história do Programa Viver sem Limites, mas é preciso avançar um pouco mais,
1883 devido ao fato de que lamentavelmente esse é um programa de governo, e não de Estado, que tem
1884 vida curta e termina em dezembro de 2014. Inclusive estão tentando transformar algumas ações em
1885 ações contínuas para o futuro. Colocou a necessidade de fazer uma revisão do Plano Nacional de

1886 Política da Pessoa com Deficiência que foi implantado em 2010 e até hoje não passou por nenhuma
1887 reformulação. Fez um apelo para que o Ministério tenha na concepção de saúde da pessoa com
1888 deficiência e outras patologias um olhar mais humano, haja vista que entende que a complexidade é
1889 muito grande, mas vê nos aparelhamentos públicos equipes de serviço e de atendimento que muitas
1890 das vezes não tem o preparo e qualificação para atendimento a esse segmento. Alguns sequer sabem
1891 diferenciar o que é deficiência mental e intelectual para doença mental, o que lhe traz algumas
1892 preocupações. Solicitou atenção para as medidas preventivas nessa área posto que existem dados
1893 percentuais que confirmam que algumas deficiências são causadas por não ter havido medidas
1894 preventivas. Também pleiteou pela acessibilidade. Disse não saber a realidade fora do Brasil, e nos
1895 outros estados, mas no Rio de Janeiro não existe o mínimo de acessibilidade tanto arquitetônica
1896 quanto aos direitos de atendimento para a pessoa com deficiência. Inclusive esse órgão, dado que o
1897 CNS transmite a reunião em tempo real e sequer tem possibilidade de fornecer acesso às pessoas
1898 surdas porque não tem intérprete de LIBRAS. Deve-se começar de dentro da própria casa.
1899 Parabenizou o Ministro e se colocou à disposição, assim como à sua entidade que está há 88 anos
1900 contribuindo para as políticas públicas de saúde. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, lamentou sua
1901 partida devido a outros compromissos, mas propôs que os conselheiros inscritos teriam oportunidade
1902 de falar na próxima reunião ordinária para não haver prejuízo a ninguém e não ficar com a angústia de
1903 não ter ouvido a todos, haja vista que se comprometeu a participar todos os meses das reuniões do
1904 CNS. Antes de se despedir lembrou a todos que não está iniciando um novo ciclo de governo e sim
1905 substituindo o Ministro Alexandre Padilha no governo da Presidenta Dilma Rousseff, dando
1906 continuidade a um trabalho que já vem sendo feito com muitos avanços e necessidades de
1907 aprofundamento, mas em hipótese alguma pode trazer para si ou para a equipe (até porque com
1908 exceção do André Luis Bonifácio e Fausto Pereira dos Santos que estão assumindo duas Secretarias)
1909 está trabalhando com os mesmos secretários, que são muito competentes e dedicados e nos quais
1910 confia. A equipe do Ministério é a mesma, excetuando-se alguns que precisam de novos momentos e
1911 decidiram sair, o que é preciso compreender. Disse que ouviu que há muito ciúmes nos corredores do
1912 Ministério em razão da atenção que tem dispensado ao CNS, ao CONASS e ao CONASEMS e que
1913 fica feliz se isso for verdade já que significaria que conseguiu nessas três semanas estabelecer
1914 claramente uma interlocução com esses três órgãos, o que indica estar no caminho certo. O que não
1915 significa que não vai estabelecer diálogo conjunto com os trabalhadores, com o Congresso Nacional,
1916 coma as lideranças partidárias e com cada um dos segmentos que os conselheiros representam do
1917 ponto de vista mais específico. São agendas que não se complementam. Comprometeu-se a se
1918 esforçar para participar ao máximo possível de todas as reuniões do CNS. Preocupa-se principalmente
1919 com as falas que conseguem extrapolar a sua entidade e trata dos interesses de seu segmento. Pois
1920 se perder a dimensão de os trabalhadores não representam uma categoria específica, mas o conjunto
1921 de trabalhadores do SUS, prestadores, gestores, representantes da universidade, entidades que
1922 trabalham com formação profissional representam esse segmento e que os usuários representam o
1923 conjunto de usuários e não o seu campo específico poderão avançar. Apontou ser esse o grande
1924 problema: representações contaminadas que olham para sua realidade específica e não consegue
1925 pensar a dimensão da Política Nacional de Saúde. Declarou que são absolutamente legítimas as falas
1926 que dizem respeito às mulheres, aos negros, às lésbicas, às pessoas com esclerose múltipla, aos
1927 celíacos, aos trabalhadores de uma determinada categoria, aos auditores do SUS. Isso é específico.
1928 Mas o espaço do Conselho Nacional não é o espaço da construção da parte, mas do todo. É preciso
1929 avançar nesse sentido. O que significa que dará mais trabalho para ele e para sua equipe porque além
1930 de fazer a discussão do todo nesse espaço do Pleno, também terão que dar guarida para as
1931 dimensões das especificidades, que é fundamental. Pediu para não esquecerem que além de ser
1932 circunstancialmente, nesse momento, Ministro da Saúde, ele é um trabalhador e militante do SUS, tem
1933 um irmão que há dezessete anos vive com esclerose múltipla, uma cunhada celíaca, é um trabalhador
1934 da saúde e sabe o que é a dor, o sofrimento, o desafio de viver essas situações. É necessário
1935 aprender a lidar no dia-a-dia com os grandes desafios como o do financiamento, da regulamentação do
1936 SUS, etc, mas também com a necessidade das respostas concretas e pontuais para todas as pessoas.
1937 Uma coisa não se pode perder e retomou um pedaço da fala dos Conselheiros Julia Maria Santos
1938 Roland e Jurandi Frutuoso Silva sobre o respeito. Se partir do pressuposto que qualquer direção
1939 sindical, liderança de usuários, ou qualquer gestor utiliza da má-fé, de que não está disposto a confluir
1940 para a construção do SUS interdita o debate e a possibilidade de avançar. Por isso é preciso desarmar
1941 sem compactuar com o que está errado e trazer para o processo de construção no controle social, no
1942 espaço do Conselho e das Conferências, fazendo jus ao que disse o companheiro da CUT, inclusive já
1943 para a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, essa dimensão do
1944 respeito à diversidade, ao pensar diferente, ao construir conjuntamente. Quem participou do
1945 movimento da reforma sanitária hoje pode imaginar que eram todos iguais e pensavam a mesma
1946 coisa, o que não é verdade. Foram construídas unidades nas diferenças com a capacidade de fazer
1947 política, o que é fundamental. Falou claramente na EXPOGEP da importância do Sistema Nacional de
1948 Auditoria que não tem um componente central, mas três componentes que devem trabalhar

1949 articuladamente e irá trabalhar pelo fortalecimento não só do DENASUS, mas do conjunto do Sistema
1950 Nacional de Auditoria. Mas uma fala que diz que 30% do recurso da saúde é desviado os coloca em
1951 uma posição de absoluta fragilidade para fazer qualquer discussão que diz respeito ao financiamento
1952 da saúde porque remete à discussão de que problema não é falta de dinheiro e sim o mal gasto, a falta
1953 de controle, a bagunça que virou o Sistema Nacional de Saúde e isso não é verdade. O que não
1954 significa dizer que não há problemas e que eles têm que ser enfrentados, é preciso se qualificar para
1955 enfrentar os problemas. Mas esse é um debate que requer estratégia e capacidade de pensar de
1956 maneira serena, posicionar de uma maneira mais clara aquilo que se quer, e perder a dimensão
1957 corporativa. É o comportamento de olhar só para o pedaço que faz perder a dimensão do todo, o que é
1958 muito perigoso. Se verificar os documentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 30% era o
1959 direcionamento de trabalhos importantes de Edson Cordeiro, Carlos Gentile de Mello, que apontavam
1960 que esse era o tamanho do desvio de recursos do sistema centralizado que se tinha até então. Não se
1961 pode afirmar que vinte e cinco anos depois não mudou nada, como bem foi colocado por vários
1962 conselheiros, é sabido que mudou, e para melhor, o que não significa dizer que não restam vários
1963 desafios. Se não houver certeza de que o SUS produziu um caminho de avanço acaba dando de
1964 bandeja a oportunidade de decidirem jogar tudo isso na lata do lixo e construir outra coisa em outro
1965 campo. Finalizou dizendo estar preocupado com questão levantada acerca do posicionamento do
1966 Brasil no ponto de vista internacional. Pediu para a Presidente o CNS, Maria do Socorro de Souza
1967 pautar esse tema na próxima reunião do Conselho com Jarbas Barbosa e Alberto Kleiman e prometeu
1968 se apropriar melhor dessa discussão, até porque não estava no governo, e tem clareza de que isso
1969 não corresponde ao posicionamento do governo brasileiro. E não pode haver dúvida de qual lado o
1970 país se encontra de defesa dos sistemas universais e não de cobertura universal. Mas é importante
1971 acabar com essa questão agora antes que ela ganhe uma centralidade no tema que não deve ter. Não
1972 está sendo aberta uma discussão sobre qual sistema se quer, isso está dado. O que se quer é
1973 aperfeiçoar o SUS como um sistema universal. Declarou ter ficado claro que existem várias agendas e
1974 a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza sintetizou brilhantemente os cinco grandes pontos
1975 que não esgotam, mas aglutinam várias das questões colocadas, porém uma em particular precisa ser
1976 revisitada e solicitou que todos fizessem uma leitura criteriosa do art. 4º da Lei Orgânica da Saúde.
1977 Ele é uma parte do debate a ser feito sobre o aperfeiçoamento da gestão do SUS. Agradeceu a todos,
1978 desculpou-se por sair apressado, declarou que deseja que a Conselheira Julia Maria Santos Roland
1979 continue como representante do Ministério nesse colegiado e compromete-se a voltar para ouvir os
1980 companheiros que não tiveram a oportunidade de se manifestar. A Presidente do CNS, **Maria do**
1981 **Socorro de Souza** agradeceu a presença do Ministro e pediu a confirmação de sua presença na
1982 próxima reunião do Pleno do CNS e em uma reunião com a Mesa Diretora para resolver algumas
1983 questões mais administrativas como, por exemplo, a campanha dos 25 anos do SUS e a organização
1984 da 15ª Conferência Nacional de Saúde. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, declarou sobre o
1985 financiamento que muitos já manifestaram a dificuldade que é se posicionar no papel de Ministro da
1986 Saúde, mas todos conhecem sua posição sobre o assunto e relatou que conversou na véspera com a
1987 Ministra Ideli Salvatti e, naquela data, com os deputados que estão na comissão de segurança e
1988 família e afirmou ser preciso construir estratégias de condução da questão do financiamento e pediu ao
1989 Pleno que não fechasse posição, inclusive em relação à PEC antes de terem a possibilidade de
1990 dialogar e construir uma estratégia conjunta de como lidar com esse desafio. **Encaminhamentos:**
1991 **pautar na reunião seguinte o tema do pronunciamento brasileiro no âmbito internacional acerca**
1992 **do debate sobre sistemas universais e cobertura universal. Que o Conselho aguarde e não se**
1993 **posicione sobre o financiamento antes de uma conversa para tentativa de acordo.** Com esses
1994 encaminhamentos encerrou-se esse item de pauta para retomada do item 3. **ITEM 3 CONTINUAÇÃO**
1995 – **FINANCIAMENTO DO SUS, PERSPECTIVAS PARA 2014 – SAÚDE +10 - Apresentação: Ronald**
1996 **Ferreira dos Santos**, Coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento –
1997 COFIN/CNS; **Francisco Rózsa Funcia**, Consultor Técnico da Comissão Intersetorial de
1998 Financiamento e Orçamento – COFIN/CNS. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** comentou
1999 sobre os desafios da construção da agenda do Movimento Saúde + 10, do orçamento impositivo e das
2000 atividades que estão programadas após o pronunciamento do Ministro da Saúde. Declarou que o
2001 Conselho Nacional precisa discutir a questão das emendas impositivas que possuem um rito de
2002 regulamentação por parte do Tesouro Nacional e do Ministério do Planejamento que requerem uma
2003 compreensão do CNS para o exercício das atividades de planejamento e fiscalização. Propôs a
2004 construção de um instrumento normativo para que o conjunto das emendas se enquadre no processo
2005 de planejamento na construção do que deliberaram como diretrizes centrais e prioridade para que de
2006 alguma forma as emendas, embora os parlamentares tenham toda a prerrogativa de apresentar,
2007 dialoguem com o que tem sido elaborado nas políticas que estão sendo estruturadas. Introduziu a
2008 apresentação do consultor técnico da COFIN sobre as principais alterações para entender a
2009 provocação do Ministro de não fechar posição ou reabrir o debate, pois o CNS tem uma posição que
2010 está no Congresso Nacional. Seria para entender o orçamento impositivo que já se encontra em
2011 execução a partir da LDO. O Consultor Técnico da Comissão Intersetorial de Financiamento e

2012 Orçamento, **Francisco Rózsa Funcia**, explicou o roteiro da apresentação. Possui quatro pontos: o
2013 primeiro destaca os aspectos da Proposta de Emenda Constitucional que trata do que ficou conhecido
2014 como orçamento impositivo. Que na verdade não é bem isso, mas emendas individuais de execução
2015 obrigatória que está para votação no segundo turno. E acabou recebendo de carona uma mudança de
2016 um artigo da constituição que trata do financiamento federal do Sistema Único de Saúde alterando a
2017 regra da variação do PIB do ano anterior para uma porcentagem escalonada chegando até 15% da
2018 receita corrente líquida. O segundo trata especificamente do artigo 52 da Lei 12.919/13, que é a Lei de
2019 Diretrizes Orçamentárias para 2014, que foi aprovada em vinte quatro de dezembro de 2013 e
2020 incorporou nesse artigo as emendas individuais de aplicação obrigatória. Então todo o texto da PEC foi
2021 incorporado ao art. 52 da LDO, o que quer dizer que as novas regras já estão valendo para 2014. O
2022 terceiro ponto dá conhecimento de duas portarias interministeriais que foram editadas no âmbito da
2023 área econômica do governo estabelecendo as normas operacionais internas para a execução dessas
2024 emendas tratadas acima. Por fim a explicação da mudança do financiamento federal de que trata a
2025 PEC. Iniciou tratando da Lei nº 12.919/2013 (a LDO para 2014) no art. 52 que disciplina toda essa
2026 questão das emendas impositivas para a execução orçamentária de 2014. O art. Determina que “é
2027 obrigatória a execução orçamentária e financeira, de forma equitativa, da programação incluída por
2028 emendas individuais em lei orçamentária”, e no parágrafo primeiro estabelece o percentual de emenda
2029 com aplicação obrigatória (1,2% da receita corrente líquida da União). Desse percentual, metade (0,6%
2030 da receita corrente líquida da União) trata da aplicação obrigatória de emendas vinculadas a ações e
2031 serviços públicos de saúde, ou seja, terão que ser executadas com ações e serviços de saúde. O
2032 parágrafo 2º determina um conjunto de prazos para as providências a serem adotadas diante da
2033 situação de impedimento de ordem técnica da execução das emendas regulamentadas pela portaria
2034 explicada em seguida. Até cento e vinte dias após a publicação da lei orçamentária, os Poderes, o
2035 Ministério Público da União e a Defensoria Pública da União enviarão ao Poder Legislativo as
2036 justificativas do impedimento, nesse caso, uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde. Até trinta
2037 dias após os cento e vinte dias iniciais, o Poder Legislativo indicará ao Poder Executivo o
2038 remanejamento da programação (e apresentará outra no lugar) cujo impedimento seja insuperável. O
2039 que dá a entender que poderá haver alguma discussão do poder legislativo com o poder executivo
2040 para caracterizar se realmente é um impedimento insuperável ou não. Até 30 de setembro, ou até trinta
2041 dias após o prazo previsto no inciso anterior, o Poder Executivo encaminhará projeto de lei ao
2042 Congresso Nacional sobre o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável. Se,
2043 até 20 de novembro, ou até trinta dias após o término do prazo previsto no inciso III, o Congresso
2044 Nacional não deliberar sobre o projeto, o remanejamento será implementado por ato do Poder
2045 Executivo (Decreto), nos termos previstos na lei orçamentária (aílho que regulamenta o decreto de
2046 suplementação). O parágrafo 3º diz que após o prazo previsto no inciso IV do § 2º deste artigo, as
2047 programações orçamentárias previstas no caput deste artigo não serão consideradas de execução
2048 obrigatória nos casos dos impedimentos justificados na notificação prevista no inciso I do § 2º deste
2049 artigo. Ou seja, se não enviar o remanejamento não tem mais o recurso. Disse tudo isso para explicar
2050 que emenda é algo que em nenhum momento passou pelo Conselho Nacional de Saúde, como de
2051 costume (antes ou depois, mas sempre apresentado ao CNS pelo Ministério). O parágrafo 4º diz que
2052 os restos a pagar poderão ser considerados para fins de cumprimento da execução financeira prevista
2053 no caput deste artigo, até o limite de 0,6% (seis décimos por cento) da receita corrente líquida
2054 realizada no exercício anterior. No caso da saúde poderá ser utilizado para cumprir os 0,6% até 0,3%
2055 da receita corrente líquida dos restos a pagar (emendas que foram empenhadas no ano anterior, mas
2056 não foram pagas). Os outros 50% devem ser das emendas colocadas no próprio orçamento do ano
2057 corrente. Se for verificado que a reestimativa da receita e da despesa poderá resultar no não
2058 cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias, o montante
2059 previsto no caput deste artigo poderá ser reduzido em até a mesma proporção da limitação incidente
2060 sobre o conjunto das despesas discricionárias (um contingenciamento). Nesse caso o orçamento das
2061 emendas também poderá ser contingenciado, mas na mesma magnitude do contingenciamento geral
2062 das despesas discricionárias. Não é possível realizar contingenciamento decidindo não realizar
2063 nenhuma emenda porque a receita não se comportou como previsto. Foi extinta a possibilidade de não
2064 executar mais as emendas. A LDO também define o que é equitativo e determina uma série de
2065 obrigações acessórias com relação às emendas. Em seis de fevereiro surgiram as Portarias
2066 Interministeriais 39 e 40/2014 para disciplinar no âmbito interno do governo como será a operação das
2067 emendas. Elas foram produzidas no âmbito do governo e como metade das emendas pertencem à
2068 saúde esse Ministério deveria ter sido ouvido. E nesse caso existe um regramento que é, por força de
2069 lei, acima da LDO: a LC 141/2012 e que estabelece atribuições aos conselheiros na avaliação de
2070 planos e orçamento; o que pode ou não ser considerado despesa com saúde; que toda a programação
2071 de despesas deve respeitar o Plano Nacional de Saúde, que por sua vez está ligado ao PPA. Então as
2072 emendas parlamentares devem passar por um crivo do regramento previsto na Lei Complementar nº
2073 141/2012, diferentemente das despesas de outras áreas. E isso não está observado nessas portarias.
2074 Os ministérios apresentarão para a Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

2075 - SRI/PR, por intermédio do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - SIOP, até 08 de maio
2076 de 2014, deve informar se há impedimento de ordem técnica na execução da despesa correspondente
2077 e se o impedimento é total ou parcial, indicando o valor correspondente no último caso. Os órgãos
2078 setoriais do Sistema Planejamento e Orçamento Federal (SPOF) poderão, a seu critério, determinar
2079 que as informações de que trata o caput serão incluídas no SIOP pelas suas respectivas UOs
2080 (unidades orçamentárias), fixando-lhes prazos e condições para cumprimento (prazos internos para
2081 cumprir a data de oito de maio). Enquanto a questão da análise de impedimento técnico não for
2082 resolvida não poderão ser objeto de execução ou de outras alterações orçamentárias. Compete à
2083 SRI/PR adotar as seguintes providências: validar as justificativas dos impedimentos de ordem técnica
2084 na execução da despesa relativos às emendas individuais; consolidar as informações referentes às
2085 emendas individuais e elaborar a comunicação das justificativas de impedimento que deverá ser
2086 encaminhada ao Congresso Nacional para encaminhar à Casa Civil/PR a proposta de comunicação
2087 até 15 de maio de 2014. A COFIN observou que: caberá a SRI/PR validar os impedimentos de ordem
2088 técnica apresentados pelo Ministério da Saúde? Qual é a competência técnica e legal da SRI/PR para
2089 esse fim? Se o MS informar os impedimentos ela terá que aceitar, porque tecnicamente é o MS quem
2090 reponde por essa área na estrutura ministerial. Uma portaria não pode se sobrepor às regras
2091 estabelecidas pela LC 141/2012, nem às normas que tratam das atribuições e competências “técnicas”
2092 do Ministério da Saúde. O Projeto de Lei de abertura de crédito orçamentário suplementar e/ou
2093 especial com os remanejamentos das dotações com impedimentos insuperáveis de ordem técnica na
2094 execução da despesa, objeto de emendas individuais, será enviado de acordo com as indicações de
2095 remanejamento de programação encaminhadas pelo Congresso Nacional, independentemente de
2096 consulta ou proposição dos órgãos setoriais do SPOF. Novamente quando voltar não passará por um
2097 crivo do CNS. A COFIN/CNS questiona se é um processo automático, inclusive se não estiverem de
2098 acordo com a LC 141/2012. A Portaria Interministerial 40, 06/02/2014 aduz que os órgãos e entidades
2099 da Administração Pública Federal integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União
2100 deverão analisar a proposta e o plano de trabalho apresentados, conforme o disposto nos arts. 25 e 26
2101 da Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, de modo a verificar a existência de
2102 impedimento de ordem técnica no prazo previsto no inciso I do § 2º do art. 52 da Lei nº 12.919, de
2103 2013. Afirma o que serão considerados impedimentos de ordem técnica com critérios formais, até
2104 chegar ao último que admite outras razões de ordem técnica, devidamente justificadas. A COFIN
2105 questiona se houver descumprimento da LC 141/2012, o impedimento será classificado como “outras
2106 razões de ordem técnica, devidamente justificadas”? O descumprimento dos prazos e a omissão ou
2107 erro do encaminhamento também implicam em indicação de impedimento de ordem técnica da
2108 emenda individual objeto da proposta. As observações da COFIN/CNS são que com a inclusão de
2109 “obrigações” para aplicação mínima em saúde e da mudança dos critérios para a apuração do valor
2110 mínimo de aplicação (% da RCL), o governo federal reduzirá a aplicação de alguns gastos atualmente
2111 realizados. Propõe que o Ministério da Saúde precisará apresentar ao CNS uma avaliação de impacto
2112 para o caso da PEC ser aprovada em 2º turno, assim como uma avaliação de impacto para cumprir a
2113 execução de despesas com emendas no valor correspondente a 0,6% da RCL (que equivale a
2114 aproximadamente entre R\$ 3,0 bilhões e R\$ 4,0 bilhões), muito acima do valor gasto nos últimos anos.
2115 Uma conta baseada na execução de 2013, o resultado seria que como a Receita Corrente Líquida foi
2116 de R\$ 656.094.217.000,90 e 0,6% são para a saúde, o que daria R\$ 3.936.565.000,31. As despesas
2117 realizadas com emendas saúde em 2013 foram de R\$ 899.120.000,79, significaria em se estivesse
2118 valendo para 2013 seriam necessárias mais R\$ 3.037.444.000,52 em emendas para cobrir a diferença.
2119 E considerando que a lógica da aplicação em saúde é que o piso é igual ao teto, seria necessário
2120 retirar de outras despesas que foram realizadas para colocar as emendas já que elas não estão como
2121 aplicação adicional, e sim dentro da aplicação total. E essa é uma preocupação a partir de 2014
2122 porque nunca se executou emenda desse porte. É um grande impacto ao orçamento. O Conselheiro
2123 **Jurandi Frutuoso Silva** opinou que o mais grave é o planejamento da saúde não está sendo
2124 obedecido. Ela é feita de acordo com o pedido individual de cada interessado e alocada simplesmente
2125 por critério político, só que não expõem o que custará essa aberração. O Consultor Técnico da
2126 Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento, **Francisco Rózsa Funcia**, continuou
2127 explicando que a COFIN discutiu que uma proposta, dado que não se pode mudar a lei. O que poderia
2128 ser feito dentro da etapa de caracterizar impedimento técnico seria uma proposta de recomendação
2129 para que o Ministério da Saúde submetesse ao Conselho Nacional de Saúde todas as emendas
2130 apresentadas e, mediante a fundamentação da consonância com as orientações do CNS, do PNS, e do
2131 processo de planejamento em saúde, demonstrar quais seriam tecnicamente viáveis, já que deveria ter
2132 passado pelo CNS como toda programação orçamentária. Apresentar ao CNS para ratificar a
2133 explicação daquelas que tiverem impedimento legal. O remanejamento deveria seguir o mesmo rito da
2134 programação original. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** exclamou que: ou o CNS se
2135 apropria desse conjunto de prazos regras e normas para fazer valer a LC nº 141/2012 que empoderou
2136 esse espaço de participação ou será escanteado à função de mera formalidade. Também compõe
2137 essa proposta o conjunto de oficinas regionais da COFIN para explicar aos conselhos estaduais e

municipais a situação analisada. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** ressaltou que o trabalho de fundo feito pela COFIN demanda uma obrigação maior do que imaginava. Essa percepção passada pela apresentação dá a gravidade do assunto e a necessidade de socializar essa preocupação. Quem lida com isso todos os dias não percebe. Vale o que for interpretado e devem fazer notas técnicas para mostrar ao Presidente da Câmara e do Senado as consequências dessas emendas impositivas no orçamento da saúde e na desorganização do sistema como um todo. Esse documento deve ser elaborado com urgência e com muita fundamentação. Pediu ao Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos e ao Sr. Francisco Rózsa Funcia para levar aos conselheiros estaduais em março essa preocupação e se apropriarem da informação. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a responsável pela COFIN do CONASS já possui tais informações e colocou-se à disposição para auxiliar no que for necessário. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** relatou que pela importância do tema, a pauta está prejudicada e pediu que fosse retomada com a devida dimensão que o caso requer em razão da necessidade de ampliar o debate demonstrada por essa apresentação. Há um desafio para que o CNS não se transforme em mero parecerista. Deve ser parecerista técnico, mas também político. Esse tema também deve ir à CIT ou outros espaços que queiram discuti-lo e pensar melhor o papel do CNS. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** afirmou que a proposta para a questão das emendas impositivas, inclusive levando em conta o pedido do Ministro, propõe encaminhar aos conselheiros o conjunto da produção da COFIN sobre a temática. A proposta de resolução não é geral, como mencionou o Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva, e sim baseado nas funções do Conselho Nacional de Saúde, mas é possível realizar essa outra minuta. Passou então a tratar do Movimento Saúde + 10 que realizou uma plenária no Conselho Nacional de Saúde com o conjunto das organizações do movimento a qual reafirmou a posição de defesa do PL 321/2013 sobre os 10% das receitas corrente líquidas da União aplicadas para a saúde e construiu uma discussão em torno da proposição junto ao Congresso Nacional. Há uma agenda construída no Congresso, um conjunto de ações das Centrais Sindicais, a marcha dos prefeitos, para o CNS, não obstante o pedido para não fecharem posição em relação à PEC. A decisão, acordos e busca de assinatura para a proposta do PLP é uma outra coisa. Questionou ao Pleno sobre a continuidade das ações que já estão pactuadas com as outras organizações e não possuem assento nesse colegiado, como a manifestação no dia onze de março às dezoito horas em frente ao Congresso Nacional do ato em defesa do PL 321/2010 a qual já está sendo organizada; o Ato Unificado do conjunto das Centrais Sindicais no dia nove de abril na Praça da Sé em São Paulo, com a pauta da classe trabalhadora, inclusive os 10% das receitas correntes brutas; a marcha dos prefeitos nos dias nove e dez de maio em Brasília; dentre outras. Deixando aberta a possibilidade de acordo caso venham a ser chamados pelo governo, Presidência da República ou Ministério. Não foi o CNS, o controle social nem o Movimento Saúde + 10 que saíram da mesa de negociação. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** informou que a partir de agora o Ministro fez o pedido formal e o CNS deve ter a delicadeza de atender. Então deve ser mantido o movimento e antecipada a conversa com o Ministro posto que não é mais possível desmobilizar. Pediu à Conselheira Julia Maria Santos Roland para intermediar o agendamento da reunião. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** contribuiu que em seu entendimento ele pediu para não fechar a questão e ela não foi fechada, pois estão com a mesma questão. Questiona se o Congresso irá manter o posicionamento caso o CNS espere. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** afirmou que o Ministro foi claro em seu pedido para não decidir e os movimentos agendados irão fortalecer o posicionamento e por isso deverá ser antecipada a conversa. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** concordou, pois pode haver elementos novos. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** manifestou que a plenária ampliada em defesa do SUS coordenada pelos conselhos marcada para nove de abril deverá ter sua data alterada para vinte e dois e vinte três do mesmo mês em razão da manifestação das Centrais Sindicais em São Paulo. Ela tem previsão de mil e quinhentas a duas mil pessoas, e há proposta de mobilização no Congresso Nacional contando com a participação de outros setores da sociedade e não só os conselhos. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** passou à repactuação dos seminários regionais da COFIN. O calendário apresentado na reunião passada não pôde ser executado no prazo por vários motivos. Também explicou o público-alvo. Especialmente após a apresentação foi percebida a necessidade de sua realização, que também irá contribuir para a construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde e para a campanha dos 25 anos do SUS. O objetivo geral das oficinas é promover um resgate histórico dos 25 anos do SUS, com a divulgação e a sensibilização dos diversos atores regionais do Controle Social na saúde sobre a LC 141/2012 e com um amplo debate sobre a proposta de iniciativa popular (PLP 321/2013) Saúde + 10 na perspectiva do processo de construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A ideia é discutir o planejamento; o financiamento; o PLP 321/2013; as conferências; como se deu nos estados processo legislativo do planejamento e do financiamento; e revisar a mobilização em torno do financiamento nos estados. O público alvo é de 60 a 80 pessoas entre membros da COFIN/CNS e Conselheiros nacionais da região (interessados em participar), Conselheiros membros da COFIN estadual, Conselheiros da mesa diretora do CES, Conselheiro da COFIN do CMS da capital, Conselheiro da mesa diretora do CMS da capital e dez indicações a critério do CES. O financiamento das atividades seria dividido ficando

a cargo do CNS o deslocamento dos membros da COFIN nacional (dois a três que acompanharão cada oficina regional) e alguns conferencistas, num total de dez pessoas. O restante a cargo do CONASS e CONASEMS e conselhos estaduais que também seriam responsáveis pela organização. As entidades que compõem a COFIN se responsabilizaram por mobilizar conforme o calendário. 13 e 14 de março (com provável alteração para o final de abril) - Centro Oeste e Tocantins – Brasília; 21 e 22 março – Sul – Porto Alegre; 28 e 29 março – Sudeste – Rio de Janeiro; 04 e 05 abril – Nordeste 1 – Fortaleza; 11 e 12 abril – Nordeste 2 – Recife; 25 e 26 abril - Norte – Manaus. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** comentou ter recebido um convite da CNBB, da comissão episcopal pastoral chamando para uma reunião nos dias vinte e vinte e um de março na CNBB para avaliar a caminhada do Movimento Saúde + 10. Algumas pessoas não receberam e questiona do que se trata. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a representação da CNBB dentro do Movimento Saúde + 10 designada pelo Secretário Geral da CNBB, o Conselheiro André Luiz de Oliveira que participou da plenária do Movimento, disse desconhecer essa iniciativa e ficou de entrar em contato com a coordenação do movimento para esclarecer. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, informou que se trata de uma avaliação interna de um grupo das pastorais sociais que fizeram um grande movimento para coletar assinaturas e convidou alguns atores que fazem parte do Movimento Saúde + 10. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu esclarecimento sobre o papel da Secretaria Executiva do CNS que seria apenas formalizar e a mobilização ficaria a cargo da COFIN, para não deslocar pessoal e o estado não estar mobilizado ao que o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu afirmativamente, e acrescentou que precisa da assessoria técnica pra algumas ações. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** questionou sobre as datas que coincidem com as etapas das Macrorregionais da 4^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando que são os conselhos estaduais estão à frente da organização e as datas estão muito próximas, em que pese a importância dos seminários, pode ocorrer o esvaziamento dos eventos. Algumas datas estão também próximas das reuniões do CNS e da jornada das comissões. Pediu a reavaliação do calendário, já que o público-alvo é o mesmo. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu que a COFIN quando construiu o calendário levou em conta essas situações e chegou à conclusão de que essa seria a melhor proposta possível do ponto de vista de quem vai coordenar a atividade nacional. Mas trouxe ao Plenário para que ele ajude a decidir. O Secretário Executivo do CNS, Márcio Florentino, disse estar preocupado com esse aspecto e por isso várias atividades ficaram em aguardo e propôs que a agenda de março, pelo menos a primeira, seja invertida para o final para antes fazer uma reunião do fórum dos conselhos estaduais para conversar sobre essa agenda de mobilização, incluindo a plenária nacional e o Movimento Saúde + 10 e todas as outras que ocorrerão posto que parte da base vem dos conselhos estaduais, gerando um custo para eles e o risco de não haver o resultado esperado. Se chamar antes e combinar o processo fica menos exposto a riscos. Ressaltou que seria apenas um atraso e não uma ação contrária, mas incluir os conselhos estaduais na organização. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apontou para o fato de que nem os conselheiros conseguiram estar nos estados para prestigiar a iniciativa sem custo e perguntou o motivo de estar concentrado nesses dois meses, caso seja em razão da legislação não há o que fazer. Caso não seja o ideal seria acoplar à macrorregional da 4^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que é o grande evento do ano de 2014. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** ofereceu que a Secretaria Geral ligue até sexta-feira para os estados que podem sediar o encontro e perguntar sobre as datas. A COFIN tem pessoal suficiente para acompanhar e o ano terá muito choque de agenda em razão dos eventos copa e eleições. A preocupação é utilizar agenda, pessoas, recursos e, sobretudo, resultado político conforme a agenda e a urgência e a necessidade e que poderá dar a palavra final são os estados sobre a condição de cumprir a agenda. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** encaminhou então a proposta da Presidente do CNS e encerrou o primeiro dia da reunião. **Encaminhamentos: pautar o tema na próxima RO para aprofundar o debate. A COFIN irá enviar aos conselheiros a análise realizada sobre o tema.** A minuta da resolução será analisada em outro momento para que os conselheiros possam se apropriar melhor da questão e para atender ao pedido do Ministro de adiar o posicionamento. A COFIN estudará a proposta de realizar uma recomendação que trate a discussão do orçamento impositivo de uma forma mais geral analisando as implicações para o orçamento, para o financiamento e para a organização do sistema. Continuar com a agenda aprovada do Movimento Saúde + 10, permanecendo aberto ao diálogo com o governo, com antecipação da audiência com o Ministro por intermédio da Conselheira **Julia Maria Santos Roland**. Alteração da Plenária ampliada em defesa do SUS para vinte e dois e vinte e três de abril em razão da realização do Ato conjunto unificado das Centrais Sindicais. Até sexta-feira a Secretaria Executiva irá consultar aos estados sobre a agenda geral dos eventos, incluindo o calendário das oficinas regionais da COFIN, prorrogando o evento de março para o final de abril. Com esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares

2264 (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Alberto Ebeling**
2265 **Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional
2266 dos Cegos do Brasil - ONCB **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
2267 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência
2268 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB **Denise Rodrigues Elio de Brito**, União Nacional das
2269 Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal
2270 de Fonoaudiologia –CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da
2271 Amazônia Brasileira (COIAB); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e
2272 Pensionistas – COBAP; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de**
2273 **Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Helvécio Miranda Magalhães Júnior**, Ministério da
2274 Saúde – MS; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João**
2275 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de**
2276 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum
2277 de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho
2278 Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Luis Felipe Oliveira Maciel**, União Nacional dos
2279 Estudantes - UNE; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia - CFF **Márcia**
2280 **Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Marco Antonio Castilho**
2281 **Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Marco Antonio Gomes Pérez**,
2282 Ministério da Previdência Social; **Maria Amélia Gomes de Souza Reis**, Ministério do Trabalho e
2283 Emprego; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” Rede Nacional Feminista de
2284 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional
2285 dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2286 Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir**
2287 **Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciformes –
2288 FANAFAL; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nelcy Ferreira da**
2289 **Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação
2290 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Patrícia Augusta Alves Novo**,
2291 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz; **Ronald Ferreira dos Santos**,
2292 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Sandra Regis**, Associação Brasileira de
2293 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana – CEPA Brasil; **Verônica Lourenço da**
2294 **Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das
2295 Associações de Moradores – CONAM. **Suplentes** – **Antonio Alves de Souza**, Ministério da Saúde –
2296 MS; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Edi**
2297 **Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia - ABO; **Elias José da Silva**,
2298 Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de
2299 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil -
2300 FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais
2301 (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geraldo**
2302 **Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos**
2303 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI;
2304 **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**,
2305 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Naum de Mesquita Chagas**, Associação
2306 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Júlia Maria Santos Roland**, Ministério da Saúde;
2307 **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à
2308 Saúde da Mama – FEMAMA; **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz**
2309 **Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Marco Antônio Castilho Carneiro**,
2310 Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
2311 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**,
2312 União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Nádia Elizabeth Barbosa**
2313 **Villas Boas**, Movimento Brasileiro de Luta contra as Hepatites Virais – MBHV; **Paula Johns**,
2314 Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de
2315 Controle do Tabagismo; **Raimunda Nonata Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Serviço Social –
2316 CFESS; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras –
2317 AMNB e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a
2318 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** repassou a agenda o dia e a discussão do dia
2319 anterior e em seguida mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO**
2320 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH/CNS** - Apresentação: conselheira **Ivone**
2321 **Evangelista Cabral**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS;
2322 conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, coordenadora adjunta da CIRH/CNS; **Alexandre Medeiros**,
2323 Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES/MS; **Maria Rosa Guimarães**
2324 **Loula**, Diretora de Regulação da Educação Superior – MEC/SERES/DRES; **Vinicius Ximenes Muricy**
2325 **da Rocha**, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde – MEC/SESU/DDES. Coordenação:
2326 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. A Coordenadora da Comissão, a

2327 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e iniciou os
2328 informes sobre as audiências públicas realizadas no dia anterior pelo Conselho Nacional de Educação
2329 sobre as novas diretrizes curriculares do curso de medicina. A diretriz que atualmente está em vigor foi
2330 aprovada em 2001 e treze anos depois o CNE, em função da mudança determinada pela Lei do
2331 Programa Mais Médicos, Lei nº 12871/2013, teve a necessidade de rever dentro do prazo de 180 dias
2332 a partir de outubro (que termina em abril) e, como explicado na apresentação a seguir, o Conselho
2333 Nacional de Saúde opina sobre as questões relativas à formação em saúde e as diretrizes curriculares
2334 fazem parte desse rol de atribuições. Foi importante a CIRH e o CNS terem participado do debate no
2335 dia anterior e igualmente pautar o tema na próxima reunião porque o prazo de aprovação do CNE é o
2336 mês de abril e que haja também um pronunciamento desse Pleno pedindo para que o Conselho de
2337 Educação não aprove sem que seja apreciado pelo CNS. Em linhas gerais as novas diretrizes
2338 curriculares representam o aperfeiçoamento das diretrizes de 2001 e traz elementos que não estavam
2339 contidos nas diretrizes anteriores, como, por exemplo, o processo de avaliação dos cursos e do
2340 processo de formação do aluno no percurso de sua formação e não apenas a avaliação ao final para
2341 atribuir uma nota ou mérito para ser aprovado ou não. Na análise da CIRH durante a audiência pública
2342 isso foi um diferencial, assim como o papel dos estados e municípios numa lógica de negociação dos
2343 espaços de formação dos campos de prática mediante contratos organizativos, o que representa um
2344 avanço porque uma das dificuldades do campo da saúde é a garantia do campo de formação no SUS.
2345 Outro aspecto relevante é a participação do estudante na comunidade desde o início do curso, uma
2346 situação sempre avaliada nos projetos pedagógicos e que agora faz parte da diretriz curricular. A outra
2347 é a articulação entre graduação e pós-graduação na residência médica. A questão apontada como
2348 ainda não resolvida e, pelo contrário, houve certa perda em relação à anterior e o Conselho pode
2349 trabalhar melhor, é a ausência da educação permanente como parte das competências da formação
2350 do médico. Eram cinco e agora restaram três competências gerais: atenção à saúde, gestão em saúde
2351 e educação na saúde (que engloba questões relacionadas ao aprender aprendendo, ou seja, o aluno
2352 como co-responsável pelo processo de auto-aprendizado). A educação em saúde que era um fator
2353 importante da diretriz de 2001 está diluído dentro da gestão do cuidado em saúde e perde um pouco
2354 de sua razão. O papel do médico educador em saúde se esvaziou nessas diretrizes atuais. Opinou que
2355 o CNS pode retomar essa questão e apresentar como proposição. Esse aperfeiçoamento dos
2356 mecanismos avaliativos no sistema de monitoramento sistemático também é um ganho da nova diretriz
2357 e um fato muito importante foi a agregação da valorização da atenção básica na formação do médico
2358 instituindo duas grandes áreas de formação: a medicina geral e a medicina de família e comunidade. A
2359 definição da carga horária de 30% para a atenção básica reservando a maior parte para a atenção
2360 básica e uma menor para urgência e emergência. Nessa tarde haveria outra audiência pública no MEC
2361 para discutir o edital das instituições de ensino superior na qual a CIRH confirmou presença e levaria o
2362 que fosse discutido nesse ponto de pauta. Prometeu que a assessora técnica da CIRH iria encaminhar
2363 as diretrizes curriculares para todos os conselheiros por e-mail para que todos conheçam e
2364 encaminhem sugestões e que iria tentar estender o prazo para envio de considerações, que poderá ser
2365 em conjunto com o Ministério da Saúde, posto que houve abertura do Ministério da Educação nesse
2366 sentido, sem extrapolar o prazo legal de 180 dias. Informou que todos os processos a serem
2367 apreciados estavam no servidor e que esse mês ainda se caracterizava como excepcionalidade em
2368 virtude de a CIRH ter se reunido duas vezes em um único mês para dar constas dos prazos que
2369 encerrariam antes do período da próxima reunião do Conselho e reajustaram reduzindo o número de
2370 pareceres a serem apreciados naquela data e na próxima haveria três vezes mais os quais serão
2371 enviados dez dias antes, conforme previsto na Resolução nº 430/CNS. Passou então à apreciação em
2372 bloco dos pareceres elaborados pela CIRH. Iniciou com os pareceres **insatisfatórios:** 1) **Referência:**
2373 Processo nº 201204266. **Interessado:** Faculdades de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí
2374 – FAHESP. **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Contextualização:** a) A faculdade apresenta no
2375 processo documentos que comprovam a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso
2376 entre a IES e a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, para utilização da
2377 rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região. b) Não há
2378 comprovação direta da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC. c) A
2379 integração do curso com o SUS conforme declara a IES e de acordo com os avaliadores e o Relatório
2380 do INEP (05/11/2013), apresenta-se satisfatória. d) Embora os avaliadores do INEP façam menção de
2381 que os Hospitais de Ensino, apontados pela IES como conveniados, não possuam certificação como
2382 tal, pode-se averiguar no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde, que os
2383 referidos hospitais encontram-se classificados como hospitais de ensino: Maternidade Dona
2384 Evangelina Rosa e Hospital Getúlio Vargas, entidade auxiliar de ensino e hospital de ensino,
2385 respectivamente. e) A IES menciona os campos de prática e inclui a capacidade de atendimento e
2386 disposição dos alunos, física e numericamente, tendo em vista a relação de nº leitos SUS/alunos de
2387 11,9, o que permite assegurar absorção nos cenários de prática da rede SUS. f) De acordo com o
2388 corpo docente informado, a relação de profissionais apresentada pelo relatório do INEP possui 22
2389 professores, todos com pós-graduação, dos quais 11 são doutores e 11 são mestres, sendo 50%

2390 previsto para contratação em regime de trabalho integral, o que pode possibilitar o acompanhamento
2391 dos alunos e propiciar as atividades de pesquisa e extensão. g) O PPC prevê a inserção do aluno,
2392 desde o segundo semestre do curso, no primeiro ano da formação. h) O Comitê de Ética em Pesquisa,
2393 de acordo com a IES, está formalmente conveniado e cadastrado na Plataforma Brasil. i) A IES não
2394 apresenta IGC (que corresponde ao ENADE, Conceito Preliminar de Curso e Nota CAPES dos cursos
2395 de pós-graduação), pois se trata de solicitação de primeira abertura de curso e de criação da
2396 Instituição. Assim, considerando que, apesar da IES ter construído uma proposta convergente aos
2397 pontos descritos nas DCN e a alguns quesitos da Resolução CNS Nº 350/2005, a abertura de curso de
2398 Medicina requer experiência, bem como a pré-existência de outros cursos da área da saúde e/ou
2399 atuação da proponente neste campo, que possa favorecer e também, proporcionar base estrutural e
2400 expertise em termos de saúde pública para o SUS, para dar sustentação teórica e principalmente,
2401 prática na operacionalização do PPC e PDI. Soma-se a esse fator preponderante a atual Política de
2402 Expansão de Escolas Médicas que autorizou a abertura de curso de Medicina, pela Universidade
2403 Federal do Piauí que, por sua vez, possui campi de outros cursos da saúde em Parnaíba e se encontra
2404 em fase conclusiva do projeto para breve abertura do curso de Medicina. Parecer final:
2405 INSATISFATÓRIO à autorização do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e
2406 da Saúde do Piauí – FAHESP no município de Parnaíba, com base principalmente nesse último
2407 argumento. **2) Referência:** Processo nº 201306445. **Interessado:** Faculdade AUM – Cuiabá/MT.
2408 **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Contextualização:** a) Há documentação
2409 disponibilizada no sistema e-MEC referente à assinatura de Termo de Convênio de Estágio entre a IES
2410 e dois Hospitais, um público e outro privado, uma Associação de Cegos e empresas privadas de
2411 prestação de serviços, que a Faculdade AUM informa que utiliza como campo de prática; b) Não há
2412 registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC; c) Há referência à
2413 participação do aluno, na comunidade, porém não explicita a partir de que momento do curso; d) A IES
2414 menciona que as atividades práticas poderão ser realizadas dentro e fora da instituição, por ocasião
2415 dos estágios e por meio de convênios/acordo de cooperação ou parcerias com instituição/empresas
2416 credenciadas, porém não descreve e nem inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos,
2417 física e numericamente, o que não deixa evidente em quais cenários de prática, inclusive, nos da rede
2418 SUS e demais equipamentos sociais da região, se dá a absorção dos egressos; e) O relatório do INEP
2419 afirma que a estrutura curricular do curso contempla os aspectos da interdisciplinaridade, da
2420 compatibilidade da carga horária total (em horas) e da articulação da teoria com a prática, conforme
2421 preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; f) A oferta de vagas no período noturno (100 vagas), pode
2422 não garantir ao egresso a utilização da rede pública instalada, como campo de prática e aprendizagem,
2423 já que a mesma funciona em horário diurno; g) O corpo docente informado (18 professores) apresenta
2424 um doutor contratado em regime parcial e um mestre contratado em regime integral, que em relação
2425 ao número de vagas disponibilizadas (200), pode comprometer o acompanhamento e a orientação dos
2426 alunos, bem como as atividades de pesquisa e extensão, então há insuficiência de corpo docente para
2427 a tender à demanda; h) O relatório do INEP, aponta, em uma análise global, que os laboratório
2428 implantados atendem de maneira insuficiente ao quantitativo de alunos em termos de equipamentos e
2429 às atividades previstas de prestação de serviços à comunidade; i) A IES apresenta um IGC é abaixo
2430 de 50%. Parecer final: INSATISFATÓRIO ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade
2431 AUM – Cuiabá/MT. **3) Referência:** Processo nº 201307143. **Interessado:** Faculdade NORDESTE -
2432 FANOR – Fortaleza/CE. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Contextualização:** a) Há
2433 referência a convênios e parcerias entre a IES e empresas/instituições de saúde instaladas; b) Não há
2434 registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC; c) Não há referência à
2435 participação do aluno, na comunidade, desde o início do curso; d) A IES não descreve e nem inclui a
2436 capacidade de atendimento e disposição dos alunos; e) O relatório do INEP afirma que a estrutura
2437 curricular do curso contempla de maneira suficiente os aspectos da interdisciplinaridade, da
2438 compatibilidade da carga horária total (em horas) e da articulação da teoria com a prática; f) A oferta de
2439 vagas no período noturno (100 vagas), pode não garantir ao egresso a utilização da rede pública
2440 instalada, como campo de prática e aprendizagem, já que a mesma funciona em horário diurno; g)
2441 Segundo o relatório do INEP, do corpo docente informado (25 professores), o percentual dos docentes
2442 do curso com titulação obtida em programas de pós-graduação *stricto sensu* é de 96% e o percentual
2443 de doutores do curso é de 12%; porém 100% dos docentes apresentam-se contratados em regime de
2444 trabalho parcial, sendo 48% (12) em regime hora/aula, o que não assegura a orientação e o
2445 acompanhamento adequados em relação ao quantitativo de alunos, nem permite a realização de
2446 atividades de pesquisa e extensão descrita no projeto pedagógico do curso; h) O curso conta com
2447 Serviço de Psicologia, laboratórios e infraestrutura implantados com respectivas normas de
2448 funcionamento, utilização e segurança, que, de acordo com o relatório de avaliação do INEP, atendem
2449 de maneira suficiente ao quantitativo de alunos e as atividades previstas; i) A IES apresenta um IGC
2450 abaixo de 50%; j) Não apresenta Comitê de Ética e Pesquisa, comprometendo as atividades nesta
2451 área. Parecer final: INSATISFATÓRIO ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade
2452 NORDESTE – FANOR - Fortaleza/CE. Franqueada a palavra aos conselheiros para discussão o

2453 Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** indagou sobre o processo da FAHESP, pois a leitura
2454 dá a entender que o parecer é favorável. Verificou a Resolução nº 350/CNS que na alínea "b" exige
2455 projetos assumidos em parceria "e/ou" com parceria e está descrito no parecer que há documentos
2456 que comprovam o termo de compromisso. Porque o item 1 afirma a existência do termo de
2457 compromisso e o item 2 que não há comprovação. E por isso ficou em dúvida. A outra questão é que
2458 pelo lado da gestão recentemente participou de uma discussão com o MEC e a SGEP sobre a
2459 perspectiva de criação de cursos de medicina tomando como base uma realidade nova que é a leitura
2460 regional e seu departamento (de articulação interfederativa) se debruçou em uma análise junto com
2461 eles da relação vaga/habitante. E para essa região de Parnaíba existe uma necessidade de 167 (vagas
2462 possíveis/leito SUS) e esse pedido de abertura do curso é para uma quantidade muito menor, restando
2463 ainda a necessidade de mais vagas para essa região. A própria Portaria de 04 de fevereiro de 2013,
2464 Normativa nº 02 coloca o Estado do Piauí como um dos estados com menor índice habitante/médico
2465 do país. Por isso preocupou-se com um parecer desfavorável à criação de um curso de medicina em
2466 uma região tão distante e de difícil acesso, quando na verdade é preciso discutir o processo de
2467 interiorização desses cursos para fortalecer o acesso à população. Existe uma grande necessidade de
2468 formação de profissionais médicos no Brasil e essa é uma região extremamente difícil. O quarto ponto
2469 apresentado foi que o IGC é uma consequência do processo de funcionamento do curso. O IGC não
2470 precede a existência do curso sendo processo posterior de sua construção. Por último questionou qual
2471 seria a avaliação do MEC sobre o curso, posto que não a visualizou no parecer e, se ele está em
2472 processo de avaliação por aquele Ministério, ele deve ter um posicionamento sobre isso. A
2473 Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, respondeu que foi combinado
2474 no Pleno que somente haveria a leitura do item 11 que é a síntese que justifica o parecer da comissão.
2475 Anteriormente existem dez item que o antecedem que são uma descrição pormenorizada de cada item
2476 da Resolução informando se a faculdade os atende ou não (necessidade de saúde, necessidades
2477 regionais, indicadores de qualidade). Inclusive agora os processos são analisados sob a Portaria nº 03
2478 de fevereiro de 2013, a que traz a densidade de vagas para cada 10 mil habitantes e a densidade de
2479 médicos para cada mil habitantes nos estados em que os municípios têm maior vulnerabilidade. A
2480 preocupação nesse caso está contida no item 09 que já consta no novo edital que entre as IES
2481 federais que abrirão vagas em campus avançados em regiões mais longínquas do país a Universidade
2482 Federal do Piauí e esse é um local, como consta no item 02, onde o número de leitos disponíveis
2483 apresentará problema na medida em que novos alunos se somarem aos que já existem na região
2484 afetando a relação um para cada cinco leitos. O trabalho da CIRH foi olhar segundo a Resolução nº
2485 350/2005, articulada com outros marcos regulatórios (que todos terão ma oportunidade de assistir à
2486 apresentação a ser feita ainda nesse ponto de pauta) e um dos itens da portaria exige a experiência da
2487 IES em outros cursos da área de saúde como pré-requisito para abertura do curso de medicina. Essa
2488 faculdade não tem nenhum outro curso da área de saúde, esse seria o primeiro, e não foi possível
2489 constituir um IGC com os existentes. É uma faculdade nova. São vários os pontos considerados para o
2490 parecer e não esse isoladamente. Estão sempre observando a Resolução nº 350/2005 e o que está
2491 previsto para acontecer na região e a prioridade são sempre as vagas públicas. A Conselheira **Ana**
2492 **Maria Costa** apoiou o parecer da comissão na coerência que guarda com um encaminhamento do
2493 Pleno de sempre prestigiar e favorecer as universidades públicas. Esse é um problema da muito bem
2494 sucedida Lei do Mais Médicos que é uma abertura bastante favorável ao crescimento de vagas para
2495 cursos de medicina em universidades privadas. É preciso valorizar a presença da UFPI na região do
2496 Vale do Parnaíba e ter uma ação mais incisiva sobre as universidades públicas para que elas ampliem
2497 suas vagas e deem conta de suprir toda essa necessidade identificada na relação médico/habitante.
2498 Quisera que todas as universidades públicas estivessem com esse nível de compromisso, como a
2499 UFPI. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** concordou com a Conselheira Ana Maria Costa
2500 sobre a ampliação das vagas públicas, mas ponderou que nessa região a necessidade de vagas é
2501 maior que a capacidade de oferta das universidades públicas. Pediu vistas para a representação da
2502 SGEP para estudar melhor e ter mais segurança em sua posição, respeitando o importante trabalho da
2503 CIRH. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, informou que foi concedido pedido de vista
2504 para a Conselheira Julia Maria Santos Roland, representando a SGEP e colocou os dois pareceres
2505 restantes em votação. **Deliberação: aprovados, em bloco, os dois pareceres insatisfatórios por**
2506 **unanimidade.** A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, passou à
2507 apreciação dos pareceres satisfatórios com recomendações. **4) Referência:** Processo nº 201307097.
2508 **Interessado:** FAE Centro Universitário – FAE – Curitiba/PR. **Curso:** Reconhecimento do curso de
2509 Psicologia. **Contextualização:** a) Há referência a convênios e parcerias entre a IES e
2510 empresas/instituições de saúde instaladas e comprovação dessa parceria; b) A IES denota manter
2511 vínculo com a gestão pública municipal de saúde e de educação, porém não há registro da
2512 participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, mas tem compromisso do gestor; c) A
2513 FAE relata que há participação do aluno, na comunidade, não explicitando se ocorre desde o início do
2514 curso; d) A IES menciona que as atividades práticas poderão ser realizadas dentro e fora da
2515 instituição, por ocasião dos estágios e por meio de convênios/acordo de cooperação ou parcerias com

2516 instituição/empresas credenciadas, porém não descreve e nem inclui a capacidade de atendimento e
2517 disposição dos alunos, física e numericamente; e) O relatório do INEP afirma que a estrutura curricular
2518 do curso contempla de maneira suficiente os aspectos da interdisciplinaridade, da compatibilidade da
2519 carga horária total (em horas) e da articulação da teoria com a prática; f) A oferta de vagas no período
2520 noturno (80 vagas), pode não garantir ao egresso a utilização da rede pública instalada; g) Segundo o
2521 relatório do INEP, do corpo docente informado (45 professores), 86% têm titulação obtida em
2522 programas de pós-graduação de *Stricto Sensu*, 28% são doutores, 84% são contratados em regime de
2523 tempo parcial e integral, 80% possuem mais de dois anos de experiência profissional e 93% possuem
2524 mais de dois anos de experiência no magistério superior, sendo qualificado para a execução do projeto
2525 pedagógico. Os avaliadores atribuem nota 4,3 (em um intervalo de 1 a 5), na Dimensão 2, que avalia
2526 esse componente, apesar de considerarem que o percentual de doutores esteja baixo em relação a
2527 disponibilidade de cursos de doutorado na região; h) O curso conta com Serviço de Psicologia,
2528 laboratórios e infraestrutura implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e
2529 segurança, que atendem de maneira suficiente ao quantitativo de alunos e as atividades previstas; i) A
2530 IES apresenta um IGC (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES) igual a 326, o que indica
2531 uma avaliação acima de 50%. Parecer final: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES ao
2532 reconhecimento do curso de Psicologia da FAE Centro Universitário – FAE - Curitiba/PR, com base em
2533 análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. Recomendações: A - Apresentar estratégia pedagógica
2534 adotada pela IES, para assegurar a prática e o estágio dos alunos do curso noturno no próximo ciclo
2535 avaliatório de reconhecimento; B – Apresentar documentação comprobatória de Termo de Convênio
2536 e/ou Termo de Compromisso referente à atividade do período noturno no período diurno; C –
2537 Participação dos alunos, nas atividades práticas, desde o 1º ano do curso; D – Registrar em documento
2538 físico a integração e articulação com os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. **5) Referência:**
2539 Processo nº 201306616. **Interessado:** Faculdade FASIBE – Sinop/MT. **Curso:** Reconhecimento do
2540 curso de Psicologia. **Contextualização:** afirmou que em linhas gerais segue o parecer anterior em
2541 relação à disponibilidade de assinatura de termo de convênio; registro da participação dos gestores;
2542 referência à participação do aluno na comunidade desde o início do curso; atividades práticas;
2543 estrutura curricular; oferta de vagas no período noturno com a mesma consideração, o corpo docente
2544 informado recebeu uma nota de 3,5 (em um intervalo de 1 a 5), na Dimensão 2, que avalia esse
2545 componente em relação a titulação dos docentes que tem o percentual de doutores é de 15% e o
2546 percentual de especialistas é de 58%, o que indica uma necessidade premente de titulação do corpo
2547 docente e o número de docentes com formação *stricto sensu* é inferior a 50%; A IES apresenta um
2548 IGC igual a 273, o que indica uma avaliação acima de 50%. Parecer final: SATISFATÓRIO COM
2549 RECOMENDAÇÕES ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade FASIBE – Sinop/MT,
2550 com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. Recomendações: A - Apresentar
2551 estratégia pedagógica adotada pela IES, para assegurar a prática e o estágio dos alunos do curso
2552 noturno; B – Apresentar documentação comprobatória de Termo de Compromisso ou Termo de
2553 Convênio; C – Participação dos alunos, nas atividades práticas, desde o 1º ano do curso; D –
2554 Integração e articulação com os gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. **Deliberação:**
2555 **aprovados, em bloco, os dois pareceres satisfatórios com recomendação.** Iniciou-se a análise
2556 dos pareceres satisfatórios. **6) Referência:** Processo nº 201210810. **Interessado:** Faculdades de
2557 Ciências Gerenciais de Manhuaçu – FACIG, Minas Gerais. **Curso:** Autorização de curso de Medicina.
2558 **Contextualização:** a) Há documentos que comprovem a assinatura de Termo de Convênio ou Termo
2559 de Compromisso entre a IES, a Secretaria Municipal de Saúde de Manhuaçu (Hospital Cesar Leite –
2560 10 anos de convênio) e a Santa Casa de Belo Horizonte (10 anos de convênio), que possui certificação
2561 como Hospital de Ensino e oferece Programas de Residência Médica e Multiprofissional, b) Os
2562 avaliadores do INEP constataram que as instalações físicas e os laboratórios são adequados ao curso
2563 de Medicina. O PPC contempla as demandas efetivas de natureza econômica, social e cultural da
2564 região. Do mesmo modo, o perfil pretendido contemplará as competências do egresso como as de um
2565 médico generalista e integrado a comunidade local. A estrutura curricular atende a carga horária
2566 atribuída com planejamento e foram definidas estratégias que viabilizarão a interdisciplinaridade e a
2567 articulação da teoria com a prática; c) A relação alunos/paciente ambulatorial/docente é compatível
2568 com os princípios de humanização do SUS, pois para um total de 30 vagas anuais, a IES contará com
2569 leitos hospitalares de Manhuaçu e Belo Horizonte, comunidades (Equipes de Saúde da Família e
2570 Centros de Saúde/Unidades Básicas), clínicas e centros de especialidade e UPA. Considerando que o
2571 PPC aponta para um rodízio dos estudantes em cenários de estágio da atenção básica, unidades
2572 ambulatoriais e leitos hospitalares, estima-se que haverá uma disposição de 14 leitos para cada
2573 estudante. Portanto, há disponibilidade de serviços assistenciais, incluindo hospital, ambulatório e
2574 centro de saúde, com capacidade para absorver os 30 alunos, atendendo ao disposto no art. 2º da
2575 Portaria Normativa do MEC, nº 3 de fevereiro de 2013; d) Todas as atividades de práticas e de estágio
2576 dos alunos realizadas nos serviços de saúde receberão supervisão direta de docente ou de médicos
2577 preceptores da FACIG; e) De acordo com a relação de docentes apresentada no PPC, para os dois
2578 primeiros anos do curso, a IES conta com 13 docentes contratados em regime CLT, todos possuem

2579 pós-graduação; f) Estão previstas atividades práticas que asseguram a inclusão dos alunos desde o
2580 início do curso no Sistema de Saúde local e regional. O PPC idealiza a inserção do aluno, em
2581 atividades práticas, em nível de atenção primária, por meio das disciplinas eletivas I, II, III e IV, em
2582 diferentes níveis cenários, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; g) O processo de
2583 referência e contra-referência da rede de saúde do Município foi considerado adequado para atender a
2584 necessidade de aprendizagem dos alunos do curso de medicina; h) A IES possui Comitê de Ética
2585 próprio, devidamente registrado na CONEP; i) A IES apresenta um IGC igual a 298, o que indica uma
2586 avaliação de qualidade da IES superior a 50%; j) A IES oferece o curso de serviço social, mas
2587 nenhuma outra formação que apresente interface com a área de saúde. E como Serviço Social faz
2588 parte do elenco das profissões reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, considerou
2589 contemplado o item da Portaria que trata desse tema. Parecer final: à luz da Resolução CNS nº.
2590 350/2005, o parecer é SATISFATÓRIO à autorização do curso de Medicina da Faculdade de Ciências
2591 Gerenciais de Manhuaçu – FACIG. **7) Referência:** Processo nº 201300303. **Interessado:**
2592 Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. **Curso:** Autorização de curso de Medicina.
Contextualização: a) Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termo
2593 de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Secretaria Estadual de Saúde e as
2594 Secretarias Municipais de Saúde, para utilização da rede de serviços instalada e de outros
2595 equipamentos sociais existentes na região; b) De acordo com documentação apresentada, verifica-se
2596 que a atual gestão está favorável ao convênio e a abertura do curso de Medicina; c) A integração do
2597 curso com o SUS mostra-se adequada, sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente
2598 compatível com princípios de humanização; d) Há convênio com Hospital de Ensino credenciado
2599 (Hospital Agamenon Magalhães), com número limitado de leitos à disposição, segundo critérios
2600 definidos pela SES de Pernambuco, dividindo esta condição com duas outras escolas médicas
2601 privadas da Capital, conforme relato dos avaliadores do INEP, contudo a IES firmou convênios com a
2602 Prefeitura Municipal de Olinda (Secretaria Municipal de Saúde de Olinda) com objetivo de desenvolver
2603 atividades acadêmicas rede de saúde desse município que segundo os dados da SAGE/MS, possui: 2
2604 CAPS, 53 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, com cobertura populacional de 43,21%, 3 NASF, 40
2605 UBS, com cobertura populacional de 42,61%, 3 Hospitais Gerais e 4 Hospitais de Especialidades, com
2606 336 leitos disponibilizados ao SUS; e) A IES menciona os campos de prática e inclui a capacidade de
2607 atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, tendo em vista a relação de nº leitos
2608 SUS/alunos de 5,7, o que permite assegurar absorção nos cenários de prática da rede SUS; f) De
2609 acordo com o corpo docente informado, a relação de profissionais apresentada pelo relatório do INEP
2610 possui 24 professores, dos quais 14 são doutores e 08 são mestres, sendo 42 % previsto para
2611 contratação em regime de trabalho integral e parcial, o que pode possibilitar o acompanhamento dos
2612 alunos e permitir as atividades de pesquisa e extensão; g) Estão previstas atividades práticas de
2613 formação priorizando o enfoque de atenção básica, especialmente nas áreas de Clínica Médica,
2614 Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva, Ginecologia e Obstetrícia, em UBS, Ambulatórios (de nível
2615 secundário) e unidades de internação; h) O PPC prevê a inserção do aluno, desde o início do curso. O
2616 aprendizado contínuo e a interdisciplinaridade serão oportunizados ao aluno, no transcorrer do curso,
2617 em diferentes momentos, tanto teórico como prático, em diferentes cenários e níveis de atenção,
2618 conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, no que diz respeito à participação do aluno, na
2619 comunidade, desde o início do curso; i) O sistema de referência e contrarreferência previsto atende de
2620 forma suficiente às necessidades do PPC; j) Há Comitê de Ética em Pesquisa, conforme descrito pela
2621 IES, estruturado e atuante, de acordo com os avaliadores do INEP. Parecer final: SATISFATÓRIO à
2622 autorização do curso de Medicina da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. Pedido de
2623 destaque solicitado pela Conselheira **Ana Maria Costa** em razão do caráter de formação cristã como
2624 diretriz da universidade em um país laico estabelecido na Constituição. A universidade estabelece seu
2625 “PDI que tem como diretriz: a formação de pessoas com valores éticos – cristãos, cidadãos críticos,
2626 profissionais autônomos, competentes e comprometidos com o desenvolvimento da sociedade,
2627 pautado na solidariedade e na justiça social.” Uma escola de formação superior com essa
2628 característica atenta contra a laicidade do Estado. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone**
2629 **Evangelista Cabral**, sugeriu agregar como recomendação. A presidente do CNS, **Maria do Socorro**
2630 **de Souza**, considerou que essa é a natureza da instituição porque é princípio da universidade católica
2631 e quando coloca a palavra “crítica” já comprehende de outra forma. Alegou ser suspeita por ter se
2632 graduado em filosofia nessa instituição com uma abordagem bastante crítica e muita autonomia. Mas
2633 não por sua experiência, mas pelo fato de colocar “visão crítica” já resolve o problema do conflito das
2634 dimensões teológicas e científicas. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista**
2635 **Cabral**, esclareceu que o PPC (projeto pedagógico do curso), onde consta o perfil do profissional é
2636 diferente do PDI (Plano de Desenvolvimento Institucional) que traz a missão da instituição. E que a
2637 recomendação não cabe porque isso não está previsto no PPC e sim no PDI, cuja análise não é
2638 atribuição do CNS, que antecede qualquer curso que a universidade venha a oferecer que trata da sua
2639 constituição e sua natureza (como a filantrópica). A Conselheira **Luciana Silveira Bernardes**,
2640 representante da União Brasileira das Mulheres – UBM, apoiou a fala da Conselheira Ana Maria Costa
2641

posto que sua instituição defende os princípios do estado laico, inclusive como princípio da saúde e entende que enquanto Conselho Nacional de Saúde não considerar o princípio da laicidade vai de encontro à própria luta e história do CNS e deve ser encontrado um caminho para que a lei nº 8080/1990 seja garantida no parecer. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, explicou que o que pode ser feito é suprimir isso do parecer porque o CNS não opina sobre o PDI que é elaborado para o credenciamento como faculdade ou centro universitário, etc. e isso não está no PPC. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, colocou que há algo maior que essa discussão. A natureza e a missão dessas Instituições de Ensino Superior vinculadas a instituições religiosas que é histórico no Brasil. Se isso for trazido para os cursos de medicina em outro viés, irão questionar a própria existência delas no Brasil historicamente. O que tem que ser objeto de avaliação é se isso influencia a proposta pedagógica do curso. O que pode ser recomendado é um dos princípios nas novas diretrizes curriculares e até que ponto isso afeta a capacidade crítica do Estado laico e não será resolvido em um parecer. Propôs colocar em votação os pareceres e realizar o debate na mesa que será realizada com o MEC e a SGEP. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, esclareceu que no item 7 determina o perfil do egresso: "Na documentação apresentada pela IES ao MEC consta o perfil do egresso. A IES explica que propõe formar um profissional ético e humanista, generalista, capaz de atuar de forma integrada, considerando as dimensões biológica, psíquica, espiritual e social dos indivíduos e da comunidade, bem como de modo crítico e reflexivo em relação ao sistema de saúde e à sua própria prática, de forma a adequá-la às necessidades atuais e às constantes mudanças, sendo agente transformador e produtor de conhecimentos" é sobre esse objeto o CNS pode opinar em função do que está previsto na Resolução: a articulação entre o perfil do egresso e o projeto pedagógico do curso. O PDI é analisado em relação à existência de carreira docente, regime de contratualização, se possui sede própria, se o contrato de aluguel garante a terminalidade do curso, em suma a sustentabilidade do curso. Acha desnecessário contar no parecer e deve ser suprimido e a CIRH se limitar ao que está previsto na resolução. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que concorda com o encaminhamento, contudo a preocupação não sai do debate e dentro das normas estabelecidas tem que se fazer a votação segundo o papel do CNS nos marcos normativos. O debate político tem que ser feito, mas não pode inviabilizar a votação. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, continuou a leitura dos pareceres. **8) Referência:** Processo nº 201306531. **Interessado:** Universidade Vila Velha - UVV. **Curso:** Reconhecimento de curso de Odontologia. **Contextualização:** a) Há documentos que comprovam a assinatura de Termo de Convênio entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha e a Associação Pestalozzi do Espírito Santo; b) Há compromisso e integração da gestão local do SUS com a realização do curso, conforme observado pelos avaliadores do INEP na avaliação in loco; c) Os avaliadores do INEP constataram que as instalações físicas e os consultórios odontológicos próprios são adequados ao funcionamento do curso. O PPC contempla as demandas efetivas de natureza econômica, social e cultural da região. Do mesmo modo, o perfil pretendido contempla as competências do egresso como as de um cirurgião-dentista generalista e integrado a comunidade local; d) A integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é muito boa, sendo a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 3, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional; e) Todas as atividades de práticas e de estágio dos alunos realizadas nos serviços de saúde receberão supervisão direta de docente ou de preceptores da UVV; f) De acordo com a relação de docentes apresentada no PPC, para o curso, a IES conta com 29 docentes contratados em regime CLT, todos possuem pós-graduação; aqueles com titulação de doutor e mestre correspondem a 27, sendo 10 contratados em regime parcial, incluindo a do coordenador do curso, 6 em regime integral, 8 em regime de hora/aula e um especialista contratado em regime de hora/aula. O tempo médio de inserção do docente na IES é de 36 meses. O Núcleo Docente Estruturante é formado por cinco (5) incluindo o Coordenador; g) Estão previstas atividades práticas que asseguram a inclusão dos alunos do primeiro ano do curso no Sistema de Saúde local e regional; h) A IES possui Comitê de Ética próprio, devidamente registrado na CONEP; i) A despeito das baixas notas obtidas pelos estudantes dos cursos de IES apresenta um IGC igual a 293, o que indica uma avaliação de qualidade da IES superior a 50%. Pela nota, há suspeita de um boicote dos alunos. Parecer final: é SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES ao reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade de Vila Velha – UVV. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** informou que não é a Associação de Pestalozzi do Espírito Santo a que o parecer se refere no item 1, e sim de Vila Velha, e que o convênio deve ser antigo, porque houve alteração da Personalidade jurídica da entidade e não existe Associação de Pestalozzi do Espírito Santo, somente de Vila Velha. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** pediu informação porque sua versão constava recomendação, mas obteve a resposta de que seria apenas satisfatório. **Deliberação: aprovados, em bloco, os três pareceres satisfatórios por maioria.** A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, iniciou a apreciação dos pareceres objeto de visita in loco. **9) Referência:** Processo nº 201210256. **Interessado:** Faculdade Alfredo Nasser. **Curso:** Autorização do curso de

2705 medicina. Informou que o relatório da visita constava no servidor pra posterior leitura criteriosa dos
2706 conselheiros. Acompanharam-na durante a visita os convidados presentes à reunião o Presidente do
2707 Conselho Estadual de Saúde de Goiás, o Sr. Venerando Leme de Jesus; o Sr. Neuzinho de Farias,
2708 Secretário Executivo do Conselho Estadual. O Conselho Municipal não acompanhou a visita por
2709 impossibilidade. O Membro da CIRH foi a Sra. Vitória Eugenia Rodrigues Rossi, representante do
2710 Ministério da Saúde. Estiveram no dia 14 de fevereiro com o objetivo de verificar a capacidade da rede
2711 instalada, principalmente do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO (ainda em processo de
2712 credenciamento) Hospital Geral de Goiânia (HGG) – Hospital Alberto Rassi, credenciado como hospital
2713 de ensino. O Hospital de Urgência de Goiânia (HUGO) é administrado por uma Organização Social, o
2714 Instituto de Gestão em Saúde – Gerir. Foram recebidos no primeiro hospital e havia uma divergência
2715 entre os dois avaliadores do INEP e uma observação de um dos avaliadores de que o Diretor da
2716 divisão acadêmica do HGG informava que o internato só poderia ser realizado no período de três
2717 meses. Isso causou um estranhamento nos membros da CIRH porque não é usual essa definição pelo
2718 próprio hospital e a CIRH recomendou uma visita in loco para conversar com os diretores das duas
2719 instituições. A primeira unidade visitada foi o HGG cuja síntese está relatada no parecer na página 05,
2720 item “Mecanismos favoráveis a interiorização e a fixação de profissionais”. Destacou-se que “No HGG,
2721 hospital credenciado como de ensino, o mesmo não se observou (que ele possa atender à demanda
2722 da faculdade). O Diretor da Divisão de Ensino e Pesquisa declarou estar reformulando os objetivos do
2723 internato de modo a acolher melhor o aluno e segundo uma metodologia, que ‘mais bem qualifica a
2724 formação do aluno de medicina no internato’, declarou que o hospital com os alunos das 4 Faculdades
2725 de Medicina do Estado já atingiu sua capacidade máxima, com uma relação leito/estudante de 3 para
2726 1, inferior ao preconizado pela Portaria Normativa nº 3 do MEC de fevereiro de 2013. Não esclareceu
2727 porque o HGG mantém convênio com o Centro Universitário UNIRG para o internato da medicina,
2728 tendo em vista que a sede da Faculdade está localizada na cidade de Gurupi – TO, distante 610 km da
2729 cidade de Goiânia.” Isso de certa forma interfere na entrada de mais estudantes naquele campus. No
2730 período da tarde foi visitado o HUGO, cuja Divisão de Ensino e Pesquisa e a pedagoga coordenadora
2731 do estágio no hospital informou que o hospital possui nesse momento em torno de 300 estudantes de
2732 quatro faculdades de medicina Universidade Federal de Goiás, Universidade Evangélica
2733 (UNIEVANGÉLICA), Pontífice Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) e Universidade de Anápolis
2734 Rio Verde. Já foi firmado o convênio com a Faculdade Alfredo Nasser e há disponibilidade dos leitos
2735 para atender aos alunos do internato. Possuem os mesmos serviços que o HGG em quantidade
2736 superior por ser hospital de urgência e está em processo de credenciamento como hospital de ensino
2737 junto ao Ministério da Saúde. Possui residência médica aprovada pela comissão nacional de residência
2738 médica e residência profissional. Uma vez verificado que a capacidade instalada da rede atende a
2739 necessidade dos estudantes, encaminhou pelo parecer satisfatório à aprovação. Pediu os demais
2740 membros da comissão de visita que agregassem alguma informação que julgassem necessária. O
2741 Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Goiás, o Sr. **Venerando Leme de Jesus**,
2742 cumprimentou a todos e disse ser fundamental importância a aprovação posto que a rede instalada
2743 tem capacidade de agregar esses alunos que ali chegarão. Tendo em vista que existe contrato pela
2744 Secretaria Estadual de Saúde e a dificuldade que está sendo colocada pela gestão é em virtude de ser
2745 feita por uma OS que não regula a política, a qual é regulada pela Secretaria Estadual de Saúde por
2746 meio do Conselho Estadual de Saúde que não permite que uma OS faça esse tipo de interferência,
2747 uma vez que existe contrato com a SES e o conselho entende perfeitamente possível que isso
2748 aconteça, principalmente após a visita realizada à faculdade e a comprovação de que sua estrutura
2749 corresponde à realidade. Afirmou que o CES é favorável à instalação do curso. O Sr. **Neuzinho de**
2750 **Farias**, Secretário Executivo do Conselho Estadual acrescentou que as dificuldades percebidas são
2751 devido aos aspectos de relacionamento da SES com a instituição de ensino e o gerenciamento das
2752 unidades da SES. Ficou claro que o desafio para o CES é pautar o tema e buscar conformar a situação
2753 relativa às prerrogativas da SES no que diz respeito ao comando da política de saúde e no aspecto de
2754 educação. Conformar de modo que se possa associar a melhoria da qualidade no ensino no aspecto
2755 do internato e dos estágios sob o comando da própria Secretaria que tem o papel de direcionar como
2756 deve funcionar essa política de ensino relacionada à área da Saúde. Esse é o grande desafio que está
2757 mais no âmbito da gestão local que do atendimento técnico da instituição de ensino. A Presidente do
2758 CNS, **Maria do Socorro de Souza**, destacou a importância de haver incluído na comissão de visitas o
2759 Conselho Estadual e a tentativa de inserir o Conselho Municipal, principalmente quando há conflito de
2760 interesses para garantir a continuidade do curso. Para a discussão da mesa seguinte coloca a
2761 importância do controle social em determinadas situações. Colocou o desafio que foi posto para que os
2762 conselhos estaduais também se preparem para situações semelhantes. Muitos conselhos estaduais
2763 não possuem, comissão de recursos humanos e essa é uma pauta que exigirá qualificação,
2764 acompanhamento e monitoramento dos processos pelo controle social. Parabenizou a iniciativa da
2765 CIRH e ao CNS que conseguiu articular o CES a tempo, o que fez toda a diferença na visita e no
2766 relatório final. Parecer final: satisfatório. **Deliberação: aprovado o parecer satisfatório e o relatório**
2767 **de visita.** A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, agradeceu a

2768 participação dos conselheiros estaduais e os convidou para participares da discussão na próxima
2769 mesa. **10) Referência:** Processo nº 201209710. **Interessado:** Faculdade Ubaense Ozanam Coelho.
2770 Ubá – Minas Gerais. **Curso:** Autorização de curso de Medicina. Nesta atividade participaram: Mauro
2771 Junqueira – Presidente do COSEMS MG, Reginaldo Furtado – Presidente do COSEMS Regional Ubá
2772 e Secretário Municipal de Saúde de Rio Pomba, Claudio Ponciano – Secretário Municipal de Saúde de
2773 Ubá, Paola e Ethiara Assessoras do COSEMS MG, Abrahão Nunes Silva – CNS, Eni Carajá Filho –
2774 CNS, José Eri Medeiros – membro da CIRH CNS, Gilson Silva – CNS/Mesa Diretora do CESMG. O
2775 Conselheiro José Eri Medeiros articulou a participação das demais entidades. O Conselheiro **Abrahão**
2776 **Nunes da Silva** informou que no dia 17 de fevereiro, atendendo à convocação desse Plenário,
2777 estiveram em uma reunião em Belho Horizonte às 14h onde foi colocado total apoio do COSEMS
2778 estadual e regional à instalação do curso e o compromisso do SES e do Prefeito de Ubá. No dia 18 foi
2779 realizada a visita à Universidade e os centros de saúde e hospitais conveniados do SUS com a
2780 presença do conselho Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Toda a comunidade da
2781 região está envolvida e deseja a instalação do curso, assim como outros conselhos municipais que
2782 tiveram contato além do de Ubá e a gestão regional. As instalações da faculdade na avaliação dos
2783 conselheiros estão em perfeitas condições, incluindo os laboratórios e corpo docente, contemplando a
2784 exigência das normas e possui muita integração com a comunidade. Há representação do Conselho
2785 Municipal no Conselho de Ética da Universidade. Parecer final: SATISFATÓRIO. A Conselheira
2786 **Luciana Silveira Bernardes**, representante da União Brasileira das Mulheres - UBM, disse ser oriunda
2787 da cidade de Ubá e elogiou a unidade de saúde visitada (Pires da Luz) onde foi bem atendida quando
2788 visitou a cidade no final do ano e apoiou a aprovação do parecer. **Deliberação: aprovado o parecer**
2789 **satisfatório e o relatório de visita.** A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista**
2790 **Cabral**, agradeceu aos conselheiros que realizaram a visita e passou ao parecer do processo com
2791 cocessão de vistas ao representante da UNE. **11) Referência:** Processo nº 201210069. **Interessado:**
2792 Faculdades Integradas de Patos. **Curso:** Autorização do curso de Medicina. O Conselheiro **Luis**
2793 **Felipe Oliveira Maciel**, representante da União Nacional dos Estudantes - UNE retirou o pedido de
2794 vista que tinha sido feito com base a possibilidade de a autorização atrapalhar a existência de um
2795 curso público existente no local da UFCG, campus de Cajazeiras que dista cerca de 170 a 200 km de
2796 Patos. Contatou o Ministério da Educação, a Faculdade de Patos e a UFCG e identificou que a
2797 realidade é diversa da situação imaginada. A UFCG está incorporando um hospital que está sendo
2798 credenciado junto a esse Ministério para transformação em hospital de ensino e o Ministério orientou
2799 que está tratando com a UFCG para ampliar o próximo vestibular voltando a oferecer um número maior
2800 de vagas. E de fato o caso da Paraíba é um daqueles com pior relação profissional/população, em
2801 especial no sertão do estado (região da universidade). Colocou à disposição dos conselheiros a
2802 documentação comprobatória e pediu voto pela aprovação do parecer da CIRH para aprovação do
2803 curso. Não soube como poderia ser incorporado no parecer, mas entendeu importante inserir uma
2804 recomendação que a distribuição da rede para que não impeça o aprendizado da UFCG que possui
2805 em torno de 5 estudantes em Patos realizando estágio. O Sr. **Rônny Pinto Lopes**, da Direção
2806 Executiva da DENEM, responsável pelo pedido de vistas do processo, juntamente com a UNE,
2807 contextualizou o processo de abertura de curso no estado da Paraíba onde seis instituições oferecem
2808 o curso de medicina com sete cursos, 3 na capital e 4 no interior. No sertão, na cidade de Cajazeiras,
2809 existem 2 cursos de medicina num município de 60 mil habitantes. Uma instituição privada, a
2810 Faculdade de Santa Maria e a UFCG, campus de Cajazeira, cujo curso criado em 2007 teve um
2811 redimensionamento da quantidade de vagas para comportar a rede com o serviço de formação para os
2812 estudantes em razão da dificuldade de provimento de uma rede satisfatória para a formação dos
2813 estudantes no interior. A partir desse redimensionamento, em 2012 esse curso possuía 260 estudantes
2814 e em Cajazeiras existiam 240 leitos para 212 estudantes e ainda assim foi aberto o curso na Faculdade
2815 Santa Maria que é privada. A perspectiva para 20104 é que a UFCG conta com 234 estudantes e a
2816 faculdade privada possui alunos da primeira turma já no 4º período realizando prática na rede de
2817 atenção secundária dentro do município. Alertou sobre a dificuldade em consolidar a rede de saúde no
2818 interior com uma rede fragilizada e um papel social dos cursos de medicina do interior para solidificar a
2819 integração de ensino e serviço, entretanto encontram dificuldade de garantia de campos de prática
2820 devido ao inchaço. A centralidade deve ser na atenção primária, mas a formação deve ser integrada
2821 aos diferentes níveis de saúde para que o egresso tenha formação integral. A cidade de 60 mil
2822 habitantes já possui dois cursos públicos e o debate do dia anterior foi no sentido de verificar os
2823 problemas nos cursos de medicina devido aos campos de prática e as cidades de Campina Grande e
2824 João Pessoa não conseguem mais receber os estudantes. Solicitou de forma pública no CNS que haja
2825 um termo de compromisso das Faculdades Integradas de Patos por meio de seu dirigente e da
2826 Professora Paula (que também é professora da UFCG) que seja assistida pelo CNS para que não haja
2827 restrição ao número de preceptores já que a UFCG necessita de uma rede loco-regional para garantir
2828 o curso e para que não haja redução dos campos de prática da UFCG e, com isso, prejuízo ao aluno.
2829 Solicitou a disponibilização da documentação apresentada pela UNE da reitoria da UFCG, sobre uma
2830 possível autorização do Curso da Faculdade Santa Maria quando já existia um redimensionamento das

vagas para que eles possam enfrentar esse problema real de canibalização dos cursos de medicina porque não é possível avançar sem campo de prática para os estudantes. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** elogiou o debate e falou que sempre é importante ter todos os atores envolvidos no processo, inclusive os estudantes para levarem outro olhar mais contextualizado, o que faz toda a diferença para manifestação dos votos pelos conselheiros. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, considerando o encaminhamento proposto pela DENEM acrescentou a recomendação “recomenda-se que haja a pactuação entre as Secretarias Municipais de Saúde de Cajazeira e Patos e as instituições de ensino superior que utilizam a capacidade instalada dessa região assegurar os campos de prática e internato dos estudantes de medicina das faculdades já existentes.” O Sr. **Rônny Pinto Lopes** da Direção Executiva da DENEM solicitou a adição de outro trecho de compromisso para que de forma assistida esse Conselho Nacional de Saúde assegure junto com as Faculdades Integradas de Patos para que esse curso possa ser mantido. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, informou que isso já está resolvido quando é escrito o item chamado “para os próximos ciclos avaliativos” e o reconhecimento do curso ocorrerá em 3 anos voltará para apresentação desse termo por escrito, o que contempla essa preocupação e é um documento obrigatório. Parecer final: satisfatório com recomendação. **Deliberação: aprovado o parecer satisfatório com recomendação.** A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** convidou os palestrantes para compor a mesa. A Coordenadora da Comissão, a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, relatou que pediu para falar antes para expor as inquietações da CIRH e subsidiar os conselheiros no debate com a apresentação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Foi realizado um levantamento dos marcos regulatórios que determinam o papel do Conselho Nacional de Saúde na formação de recursos humanos e como será a partir da mudança da Lei do Programa Mais Médicos que influencia a regulamentação dos outros cursos da área de saúde, uma vez que inclui um artigo permitindo a aplicação a outros cursos. O primeiro é a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, III que afirma que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” tendo, portanto, o papel de atuar na formação de profissionais de saúde para o SUS. Outro marco regulatório importante é a Lei nº 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde organização e funcionamento do serviços e no título I, da disposição preliminar do serviço, diz que o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Também estão incluídas no artigo 4º as instituições públicas federais estaduais e municipais e todas as instituições no parágrafo 1º. A iniciativa privada pode participar do sistema único de saúde em caráter complementar. No Brasil o SUS é o sistema nacional de saúde. A parte que diz respeito aos objetivos e atribuições do SUS está (artigo 6º, inciso III) a organização da formação de recursos humanos na área de saúde. O capítulo que trata da organização, direção e gestão do SUS diz que serão criadas as comissões intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde integradas pelos ministérios e órgãos competentes e entidades representativas da sociedade civil (artigo 12). Essa lei não foi revogada, então o Conselho tem um papel importante na formação de recursos humanos na organização da direção e da gestão do SUS. Ainda consta no parágrafo único do mesmo artigo que as comissões intersetoriais terão finalidade de articular as políticas e programas de interesse da saúde e, entre essas comissões, está a de recursos humanos. A CIRH é uma comissão permanente que tem o papel de assessorar o conselho nacional de saúde definido pela Lei nº 8080/90. Ela tem ficado atenta a todas as novas legislações que entraram em vigor e possuem interface com a ordenação e formação de recursos humanos. Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa. É um ponto importante ao qual é preciso estar vigilante e justifica a preocupação de incluir nas recomendações dos pareceres de abertura de curso assegurar um campo de formação que seja adequado aos estudantes e que não haja superlotação e nem sobrecarga dos pacientes e pessoas assistidas. Outros marcos regulatórios que demonstram o papel importante do Conselho Nacional de Saúde e da CIRH o papel nessa ordenação da formação de recursos humanos são a Resolução nº 225/97, que instituiu a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos no âmbito do CNS; a Resolução nº 350/05, que estabeleceu as diretrizes e os critérios para abertura e reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de graduação na área de saúde; a Resolução nº 429/09, que estabeleceu o papel da CIRH na avaliação de processos e emissão de pareceres relativos a esses cursos; a Resolução nº 430/09, que estabeleceu o fluxo de processos. Então não há falta de marco regulatório para a CIRH atuar nesse campo. A comissão tem emitido parecer opinativo mediante a análise das necessidades sociais em saúde, a coerência entre o projeto pedagógico e essas necessidades, e a relevância social do projeto pedagógico. Para a análise se vale de todos os documentos que podem estar listados nos pareceres como o PPC; currículo dos docentes (observando a interdisciplinaridade e equilíbrio entre a área de formação geral e a área de formação especializada para evitar uma indução da especialização precoce pela matriz do corpo docente); os termos de convênio de cooperação (para avaliar compromisso do gestor com a formação); o relatório do MEC; os dados da Sala de Apoio à

Gestão Estratégica (SAGE); os dados sócio-demográficos e o Índice de Desenvolvimento Humano municipal; dados de avaliação de desempenho da Instituição de Ensino Superior (IES); e outros documentos relevantes para análise. Essa parte está delineada na Resolução nº 350/05 onde são analisados três blocos de informações: necessidades sociais em saúde (muito bem ilustrado na apresentação dos pareceres); coerência entre o projeto político pedagógico e essas necessidades; e relevância social do curso com análise do projeto pedagógico. Novos marcos regulatórios foram instituídos. A Portaria nº 109/2012 trata da expansão das vagas em curso de medicina nas Universidades Federais. A Normativa nº 15/2013 sobre a política nacional de expansão das escolas médicas das Instituições Federais de Educação Superior. A Portaria Normativa do MEC nº 3, de janeiro de 2013 dispõe sobre os procedimentos de aditamento de atos regulatórios utilizados como referência para avaliar a densidade profissional por mil habitantes e densidade de vagas para cada 10 mil habitantes. A Lei nº 12.842/2013 instituiu o programa Mais Médicos e alterou as legislações relacionados à residência médica. Todas marcos regulatórios do MEC, assim como o Edital nº 3 de 22 de outubro de 2013 que trata da seleção dos municípios com maior vulnerabilidade cujo resultado foi publicado na Portaria nº 646/2013 divulgando a relação dos municípios pré-selecionados. São quarenta e nove municípios cujos critérios serão esclarecidos na apresentação do MEC. Questionou qual o número de vagas gerados nos municípios selecionados, uma vez que existem municípios com processo de avaliação de cursos já em tramitação (por exemplo apreciado um curso em Aparecida de Goiânia analisado mais cedo e que está listado como município de maior vulnerabilidade e foi pré-selecionado). O processo de concorrência pública aos quais essas IES privadas irão submeter propostas requer a articulação e participação dos conselhos estaduais e municipais uma vez que a seleção do município ainda vai ser objeto de uma avaliação in loco por meio do controle social. Perguntou como podem participar disso. Sobre a expansão de vagas nas universidades federais afirmou ter sido realizada pela portaria de 2012 e indagou se ela foi considerada ou ainda há insuficiência de vagas e qual seria o resultado da expansão inicialmente programada. Pediu que fosse explicada a expansão das escolas médicas nas instituições federais de ensino superior e a abertura de cursos de medicina pelas forças armadas. Essas inquietações da comissão a partir da leitura dos marcos regulatórios para saber como se dará seu papel dentro desse processo e gerou novas demandas como aprofundar o debate sobre a lei do Programa Mais Médicos de modo a promover um alinhamento com outros marcos regulatórios supralegais e infralegais como, por exemplo, com a Lei nº 8080/90 e as portarias do Ministério da Educação, resoluções do Conselho Nacional de Saúde e esclarecer ao MEC o papel do Conselho Nacional de Saúde nesse processo uma vez alterada a legislação e rever os marcos regulatórios do CNS no que tange a CIRH para alinha-los com os novos marcos regulatórios da saúde e da educação. É necessário revisitar as resoluções baseadas em legislações que sofreram alteração como as nº 350, 429, e 430, que tratam de projeto político pedagógico que não existe mais. Hoje em dia se chama projeto pedagógico de curso. É preciso aperfeiçoar a linguagem. Pediu que fale um pouco do processo de visita aos municípios pré-selecionados para receber os cursos de medicina e como a CIRH participará. Informou que no manual de orientações da visita in loco elaborado por uma comissão de especialistas não se sabe qual o papel do Conselho Nacional de Saúde e do controle social. Sugeriu a inclusão de indicadores de adesão ao município ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - MS) no instrumento de avaliação porque a preocupação é que ainda está muito na estrutura, na quantidade de leitos mas preocupa-se também com o acolhimento, a capacidade instalada, os locais onde os estudantes irão interagir com as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde. Aprofundar os marcos de avaliação de abertura de cursos de saúde no Brasil tendo como mote as redes de atenção à saúde e a relação ensino-serviço-comunidade. Realizar um encontro com os conselhos estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde da cidade selecionadas ainda no primeiro semestre. Que a CIRH integre as comissões responsáveis pelas visitas in loco é uma. Pleiteou, diante da abertura que o próprio Conselho Nacional de Educação apresentou na véspera, postergar para o prazo final do CNE em abril de 2014 a apreciação das novas diretrizes curriculares para o curso de medicina para permitir que o CNS faça uma análise como ocorreu em 2001, mas dessa vez o ritmo está tão acelerado que o CNS ficou um pouco esquecido. Esteve na audiência pública e mesmo assim acredita que os conselheiros precisavam se manifestar sobre o texto dos documentos. A expectativa é que todas as questões que articulam ensino e saúde tendo a formação médica como disparador sejam mais bem tratadas se discutidas deliberada em uma relação interministerial do MEC e Ministério da Saúde com participação do controle social e que o CNS possa participar da construção do edital de seleção dos futuros municípios selecionados. Apesar de haver contribuído na CURH com o debate mostrando as facilidades e dificuldades que podem vir a ocorrer na medida em que não escuta controle social. O próprio CONASEMS já se manifestou sobre a necessidade disso, e o monitoramento contínuo pela CNS mantendo esse tema em pauta ainda neste semestre para ouvir mais o CONASS o CONASEMS. Requisitou ainda a abertura de outros cursos da saúde também nos mesmos moldes do edital do Mais Médicos, apontando a enfermagem com mais crítico, considerando a expansão dos cursos de educação a distância com quase trezentos polos. A Presidente do CN, Conselheira **Maria do Socorro**

2957 de Souza, reconheceu o trabalho da CIRH de trazer em tão pouco tempo os pontos bem
2958 fundamentados para a discussão. O Sr. **Vinicius Ximenes Muricy da Rocha**, Diretor de
2959 Desenvolvimento da Educação em Saúde – MEC/SESU/DDES iniciou sua apresentação agradecendo
2960 a oportunidade de esclarecer as questões relacionadas à essa política extremamente dinâmica e
2961 acelerada, mas isso ocorre em função de muitas questões que precisam ser finalizados no prazo de 5
2962 anos. Tarefas que, se algumas questões não forem garantidas nessa arrancada inicial dentro do
2963 programa Mais Médicos (que envolve uma série de dimensões inclusive o debate sobre a educação
2964 médica) não será possível chegar em 2017 ou 2018 com êxito em questões fundamentais para os
2965 novos rumos do Sistema Único de Saúde. Apresentou-se como médico sanitário, professor da
2966 Universidade Federal de Campina Grande e está compondo uma nova diretoria no Ministério da
2967 Educação: a DDES Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação
2968 Superior do MEC. Foi criada no âmbito do programa Mais Médicos e todas as pautas que envolvem o
2969 apoio aos cursos de graduação na área da saúde, as residências em saúde e os programas especiais
2970 como o mais médicos estão vinculados a essa nova diretoria. Disse que é preciso falar inicialmente do
2971 programa Mais Médicos para entender onde se coloca esse debate da educação médica dentro do
2972 programa. A grande virtuosidade desse programa é que conseguiu articular várias questões do campo
2973 do mundo do trabalho e o mundo da formação pleiteadas por 15 ou 20 anos integradas a uma série de
2974 ações que já vinham acontecendo, seja em relação à expansão de curso de medicina,
2975 aperfeiçoamento de mecanismos de regulação, melhoria em infraestrutura, serviços de saúde, debate
2976 sobre provimento emergencial de profissionais. Conseguiram articular vários processos que estavam
2977 sendo implementados ou discutidos em várias partes do governo federal. Elas se complementam e se
2978 juntam possuindo um alto potencial de impacto a curto e médio prazo: investir em equipamentos e
2979 infraestrutura, reordenar oferta de cursos de medicina, abrir vagas para residência médica,
2980 estabelecer novos parâmetros para formação médica, pensar uma maior centralidade na atenção
2981 básica para dentro dos processos de formação e nas atividades de integração ensino-serviço. De certa
2982 forma, programa mais médicos conseguiu conjugar essas várias iniciativas e, obviamente, a integração
2983 ensino-serviço (debate que tem total centralidade na política do Projeto Mais Médicos para o Brasil)
2984 que é somente um componente do Programa Mais Médicos. É importante ressaltar que tanta polêmica
2985 em relação aos médicos intercambistas internacionais ofuscou o fato de ele ser um componente do
2986 Programa Mais Médicos. A integração ensino-serviço faz parte da espinha dorsal do próprio Projeto
2987 Mais Médicos para o Brasil. Juntaram várias experiências do campo da residência médica. Houve um
2988 aprendizado histórico desde o início da década de 1990 que ajudou a elaborar algumas questões na
2989 atual política que estão colocadas. A expansão praticamente dobra o número de vagas existentes hoje
2990 em cursos de medicina no Brasil serão mais 11447 novas vagas até 2017, onde em torno de um terço
2991 destas estão colocadas dentro da rede de Instituição Federais de Ensino Superior (IFES) o que são
2992 3885 vagas. O critério para pensar essas metas foi a partir de alguns programas como a Expansão
2993 fase 1, o REUNI. O incremento nas IFES e a construção de campus fora de sede ampliou muito nos
2994 últimos anos. A primeira análise feita foi onde a rede das IFES chega, principalmente nas áreas de
2995 maior vulnerabilidade. Para esse levantamento foi feito intenso debate com reitores desde 2012. É
2996 importante dizer que a política de expansão do ensino superior já vinha sendo discutida e planejada
2997 antes do Mais Médicos e foi incorporada no rol da nova política. A segunda questão não é somente
2998 formar mais médicos e sim formar melhor os médicos. Por isso estão fazendo esse debate das
2999 diretrizes curriculares nacionais e consequentemente a velocidade com que o processo se dá. Mas o
3000 estabelecimento das diretrizes com a maior celeridade é fundamental para que outras políticas possam
3001 ter consecução. Já abriram, por exemplo, em 2014 uma série de vagas de cursos novos priorizados,
3002 como Santo Antônio de Jesus na Bahia, Barreiras, Teixeira de Freitas, Passo Fundo, Parnaíba,
3003 Caruaru, uma série de cursos com perfil bastante diferenciadas e as novas diretrizes são fundamentais
3004 para norteá-los desde o começo. Outra questão importante são os editais, fundamentais para
3005 estabelecer os marcos para que os novos cursos estejam em consonância com a nova política. Essa
3006 arrancada é importante porque seu estabelecimento compromete outras ações de longo médio prazo.
3007 O debate sobre as diretrizes curriculares não nega em nada as diretrizes de 2001 porque elas são
3008 muito boas. Somente aprofunda a discussão no Conselho Nacional de Educação de alguns elementos
3009 que envolvem domínio, desempenho, temas com a gestão da saúde, educação em saúde, que serão
3010 mais detalhadas do que na diretriz anterior sem cair no regresso ao que era um debate sobre
3011 currículos mínimos. Com esse ritmo haverá uma expansão para o aumento de vagas até 2017 será
3012 possível alcançar em 2026 uma média de 2,7 médicos por mil habitantes o que no ritmo anterior só
3013 ocorreria em 2035 (valor atual do Reino Unido, que talvez seja o segundo maior sistema de saúde
3014 depois do brasileiro britânico). Obviamente quando for chegar em 2035 essa relação vai ser muito
3015 maior. O debate ocorrido na última conferência de recursos humanos promovido pela OMS
3016 demonstrou que a demanda por mais profissionais médicos é crescente em todos os países do mundo,
3017 principalmente nos que possuem o sistema universal de saúde, por isso a aceleração. Até porque 9
3018 anos significa mais de uma geração para viver as vicissitudes que presenciadas hoje. A proporção de
3019 médicos por habitantes no Brasil atual é 1,8. Outro lado muito interessante é que o Brasil é o segundo

país do mundo em número de escolas de medicina, com 200 escolas médicas e Inglaterra possui em torno de 40. Mas na relação de vagas por 10 mil habitantes eles possuem o dobro de vagas. O Uruguai tem apenas uma escola. Outra questão é a mudança na regulação da oferta de especialistas em debate. O Brasil hoje ainda não tem caracterizado o mapa da necessidade de especialistas de acordo com cada região, pela própria lógica como formação de especialistas funciona. Existem dois sistemas de informação: um garantido pela comissão nacional de residência médica que vem desde a década de 1970 pulverizado com dificuldades para estabelecer relação a esse processo e o sistema da Associação Médica Brasileira (AMB) que também possui várias particularidades. Ela forma em torno de 50% do total de especialistas, mas não se sabe quantos são formados por ano. É preciso ter um sistema de informação de especialistas, seja de residência médica ou AMB, integrado onde o Estado diga à região de saúde quais especialidades precisa, onde e de que forma deve ser realizada. Há uma meta de universalizar as vagas de medicina até o ano de 2018 para qual serão necessárias essa 12372 vagas, com papel fundamental da residência geral de família e comunidade a qual poderá garantir o aspecto mais integrado ponto de vista da integração clínica de estrutura de especialistas e requisitos para a maior parte das especialidades médicas no âmbito de sua formação e ajudar a estabelecer os filtros para regulação da formação de especialistas. A partir do Mais Médicos, o fluxo da formação médica ficar com 30% da carga horária dos internatos voltadas para atenção básica, urgências e emergências sendo coordenadas pela área de medicina geral de família e comunidade. Ela será o grande tronco para ajudar a pensar o fluxo das demais especialidades. Uma expansão dessa natureza precisa utilizar o Sistema Único de Saúde em toda sua plenitude como um cenário de prática de formação. Algumas questões estão sendo processadas nesse processo primeiro debate sobre o contrato organizativo de ação pública, ensino e serviços. É preciso envolver o Conselho Nacional de Saúde, respondendo as questões colocadas pela Conselheira Ivone Evangelista Cabral é fundamental que o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde ajudem a pensar como construir um modelo de contratualização mais perene entre as gestões municipais estaduais e as instituições formadoras para que as mudanças, do ponto de vista do prefeito, do Secretário, do gestor acadêmico do momento, não alterem nem deixem vulnerável a política. A segunda questão importante é o reconhecimento e valorização da formação de preceptores, pois hoje os profissionais de saúde do SUS cumprem um papel fundamental na formação dos novos profissionais mas essa figura do preceptor, na maioria dos lugares, é improvisada, compactada, muitas vezes muito informal e sem a menor institucionalização. Outra questão é o formação, provimento e desenvolvimento de docentes para a área médica porque se não conseguirem impactar a mentalidade, a cultura e informação que existe dentro das instituições médicas, sejam as tradicionais ou as novas, não se conseguirá produzir mudanças. Haverá mudanças no nível de avaliação. As novas diretrizes curriculares irão ajudar nesse sentido para pensar uma avaliação mais ágil e cotidiana no desenvolvimento da educação médica nas diversas escolas. Inclusive um debate estabelecido dentro das novas diretrizes é semelhante à ideia do teste de progresso dentro da avaliação das escolas médicas sendo mais um componente fora o sistema dos SINAES que continua a existir da mesma forma, onde avaliação pode servir como processo classificatório para residência médica. Evitar situações como cursinho pré-residência e outras que deformam os internados. Essa política existia antes do Programa Mais Médicos. A partir da Portaria nº 109/2012 do Ministério da Educação garantiu os processos de abertura de alguns cursos que estão previstos hoje dentro do mais médicos e é fundamental que construa processos diferenciados de acompanhamento, seja dos concursos públicos seja dos cursos privados. Apresentou municípios dentro do levantamento junto com os reitores de universidades onde há campo potencial para abertura de novos cursos públicos federais que ainda passarão por um processo de avaliação e atos autorizativos. A maior parte interiorizados e em região de grande vulnerabilidade social. Inclui acréscimo de vagas em cursos já existentes e criação de novas vagas. Finalizou dizendo que todos elementos que dão respostas de longo e médio prazo para o debate sobre a necessidade de médicos para o Sistema Único de Saúde numericamente e qualitativamente qualificados para toda mudança e melhora da saúde do país. A vinda dos médicos intercambistas, a política dos editais para os brasileiros e os demais estrangeiras que não seja via cooperação com a OPAS devem garantir o ritmo de expansão do sistema de saúde e de consolidação da rede em vários lugares do país enquanto essa política apresentada consiga dar respostas (o que demora de 6 a 10 anos quando se começa a formar as novas turmas especialista). Tudo está muito integrado. Disse que comentaria e os pontos da Conselheira Ivone Evangelista Cabral no debate. A Sra. **Maria Rosa Guimarães Loula**, Diretora de Regulação da Educação Superior – MEC/SERES/DRES, iniciou sua apresentação agradecendo a oportunidade de estar no Conselho Nacional de Saúde e se apresentou dizendo que, diferentemente do palestrante anterior, não possui formação médica. É apenas usuária, mas nessa qualidade também participa do processo de construção do SUS. É filha de médicos, (sua mãe é médica do SUS) e tem a oportunidade de contribuir com esse trabalho. É Diretora de Regulação da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação. tem formação na área de direito o que explica um pouco de sua perspectiva sobre o processo e o lugar de onde olha a estruturação trazida pela Lei do Mais Médicos. Era chegada a hora de reordenar o processo de regulação de autorização e

3083 reconhecimento e funcionamento das escolas de medicina públicas e privadas. Esse tempo talvez não
3084 fosse o desejado, mas é o da oportunidade. O que não se pode é deixar passar essa lei que subverteu
3085 totalmente o marco regulatório e por isso explica o que permanece e o que muda. Afirmou que toda a
3086 regulação infralegal precisará ser ajustada porque sua lógica é radicalmente diferente. Ela inova
3087 primeiro no momento em que diferencia o processo para o público e o privado. Até recentemente as
3088 autorizações funcionavam no mesmo padrão. Foi constatado ser incoerente que na regulação do
3089 âmbito público há um devir, um porvir, e a regulação do que estava posto o que gerava uma
3090 inconsistência porque usava a mesma régua para público e privado isso foi mudado. Agora o
3091 compromisso do público é o projeto é autorização e investimento da SESU que será monitorado. A
3092 palavra chave da processo como um todo é “monitoramento e avaliação”, tendo em visita que não há
3093 mais laudos, pareceres e processos, mas esse processo dinâmico de inúmeras visitas (pelo menos
3094 três visitas do INEP e visitas de monitoramento e avaliação in loco para as privadas). A condição
3095 estabelecida pela Portaria nº 15 já comentada é especificamente para as universidades federais.
3096 Estabelece rotineiramente visitas de monitoramento, que não são as previstas na lei do Mais Médicos.
3097 Será feita em vários níveis, contando com vários olhares como da regulação da área de saúde. Em
3098 outras conversas com a CIRH ficou questionamento como seria a integração com a comissão. A
3099 política foi construída juntamente em diálogo do Ministério da Saúde. As etapas que estão sendo
3100 construídas precisam consolidar esse diálogo. Neste momento em relação à expansão das
3101 universidades privadas e federais combinaram a participação da CIRH nas visitas in loco. ao contrário
3102 do que possa parecer em uma primeira análise, esses quarenta e nove municípios pré-selecionados
3103 não estão selecionados, estão pré-habilitados. Chegou-se à escolha juntamente com o Ministério da
3104 Saúde analisando qual seria a rede SUS mínima e a infraestrutura mínima para comportar esse novo
3105 modelo de curso escolhido por ser o foco do novo modelo do curso, e por mais que se queira uma
3106 expansão geográfica é preciso respeitar uma infraestrutura SUS mínima. primeiro precisa expandir a
3107 rede SUS para depois permitir à localidade comportar o curso. Havia cerca de 200 municípios elegíveis
3108 a partir dos quais deveria estabelecer uma ação do município indicando o compromisso do gestor
3109 municipal local do SUS na disponibilização da rede porque o modelo atual é muito frágil qualquer
3110 mudança de prefeito faz com que todos os contratos possam ser letra morta. O MEC assumiu que é
3111 preciso servir como intermediário nesse processo. Além disso, precisava aderir ao PMAQ, possuir o
3112 número mínimo de leitos que comportasse a rede de atenção. Sobraram 49 municípios. Ficou frustrada
3113 porque gostaria de ter outros municípios, talvez com maior necessidade, mas eles não atenderam a
3114 esse chamado e por algum motivo não foram capazes de corresponder a esse contrato previsto na lei
3115 dos Mais Médicos. Esses 49 que sobraram não necessariamente terão curso de medicina. A CIRH
3116 está participando do processo das visitas em loco com uma comissão designada pelo MEC de
3117 avaliadores para verificar se, de fato, aquilo que consta no papel é a realidade. Se existe condição do
3118 município de suportar um curso de medicina. A resposta para a quantidade de vagas em cada
3119 município é que inicialmente a proposta é de 50 vagas, o que obedece a proporção da Portaria nº 3, de
3120 5 leitos para 1 vaga. Informou que estão construindo esse processo desejando a participação de todos
3121 os atores fundamentais e nessa tarde, às duas e meia haveria uma audiência pública para tratar, não
3122 do edital dos municípios, mas pela primeira vez do edital de seleção das instituições. Ele será
3123 praticamente um processo licitatório. Não gosta de dizer licitatório porque não é a lógica da licitação
3124 mas da melhor proposta, a que mais se adequa à região, a infraestrutura mais adequada. Até o maior
3125 menor valor de mensalidade será avaliado no cômputo geral da proposta. O processo é radicalmente
3126 diferente do anterior. O Sr. **Alexandre Medeiros**, Departamento de Gestão da Educação na Saúde –
3127 DEGES/SGTES/MS, começou sua fala agradecendo convite pelo retorno ao Conselho Nacional de
3128 Saúde e reconhecendo a importância de discutir o tema. Seu papel ficou muito facilitado pela
3129 apresentação da Conselheira Ivone Evangelista Cabral e do Sr. Vinicius Ximenes Muricy da Rocha.
3130 Entrou mais no território da cidadania do que no da institucionalidade. Mostrou alguns gráficos do
3131 Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) e teceu algumas considerações. O primeiro tratava da
3132 proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente: dentre as pessoas que morreram de acidente,
3133 quais tiveram acesso ao hospital. O país está dividido conforme demonstra o gráfico. O segundo falava
3134 da divisão de exame citológico do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos. As piores situações são
3135 encontradas na região norte e nordeste. O próximo gráfico apresentou a proporção de nascidos vivos e
3136 consulta de pré-natal. Apresentou também o gráfico sobre expectativa de vida no Brasil. As regiões sul
3137 e sudeste apresentaram melhor condições em todos os mapas. Também sobre mortalidade infantil,
3138 médicos especialistas sobre a necessidade na atenção primária. Hoje há 3525 médicos especialistas
3139 na atenção primária e são necessários 100 mil médicos com formação para atenção primária para
3140 permitir o que está em todos os marcos regulatórios do SUS. A atenção primária é reguladora das
3141 redes, se o começo da rede não possui algo essencial como um profissional com boa qualificação para
3142 atuar dificilmente será possível implantar o sistema desejado. Apresentou também o gráfico do índice
3143 da escassez de médicos e proporção de domicílios com renda per capita abaixo da linha da pobreza
3144 no Brasil, o gráfico com a quantidade de médicos existente para cada estabelecimento de saúde no
3145 país. Em alguns espaços não se cria estabelecimento de saúde por falta de profissional, o que significa

que o gráfico não indica necessariamente uma boa situação e em muitos lugares não havia equipe de saúde da família por falta de profissional. Antes do Programa Mais Médicos, o que é situação conhecida pelos gestores de saúde do país, na discussão anterior sobre o curso na Piauí, verificou que a localidade possui quatro unidades de saúde da família e poderia ter 70 porque possui 145 mil habitantes. E com a portaria do ministério é possível ter um para cada dois mil habitantes. Provavelmente não expande por falta de profissional, porque o Piauí é um dos 5 estados do Brasil que possui menos de um médico para cada mil habitantes, ao lado de outro estado que têm a pior proporção de médicos por habitantes, o maranhão. Piauí, Maranhão e Ceará competirão pelos médicos formados na região. Demonstrou, baseado em dados de vários trabalhos do relatório de recursos humanos, que o médico termina se fixando onde se forma e onde faz residência médica. Quando não tem a possibilidade de se formar na região termina saindo de lá. Esse é um dos problemas, os médicos saem das regiões mais pobres e necessitadas para regiões com mais acesso à informação e mais oportunidade de emprego. Isso é um ciclo nefasto. O processo de expansão é necessário. Algumas questões importantes para inversão da lógica, saindo dos dados quantitativos para dados qualitativos, é o processo de transição epidemiológica muito acelerado no Brasil. Várias regiões, inclusive a nordeste, vem aumentando rapidamente a morte por doença cardiovascular enquanto no sul e sudeste está diminuindo. Um grande número de acidentados nos hospitais, muitas mortes violentas por homicídio, situação quase inédita, não existindo em outros lugares do mundo. O envelhecimento da população. As iniquidades em saúde trazendo situações de cuidado inversa: quem tem mais opção de cuidado é quem recebe mais serviço e quem é mais vulnerável tem menos acesso, o que foi demonstrado em todos os gráficos. Há fragmentação do cuidado na norma sobre a importância das redes para efetivação do Sistema Único de Saúde, mas hoje em muitos espaços o que se tem são serviços que atuam de forma fragmentada sem conseguir a informação do que ocorre na atenção básica, no pronto atendimento, na UPA ou no hospital. Importantes mudanças socioeconômicas são exigidas. Reclama-se muito dos curtos prazos, todavia a população brasileira com mais dificuldade de acesso e serviços não tem tempo de esperar o prazo que é solicitado. Isso perpetuará mais de 500 anos de exclusão. Entendeu que esse também é um processo que está interligado. Quando tiver uma faculdade para melhorar a qualidade do serviço e ampliar a rede de oferta irá diminuir as iniquidades em saúde, pensando muito além disso, quando o Sistema Único de Saúde define saúde de forma ampliada com qualidade de vida, planos condições de habitação, transporte, ampliar o conceito de saúde. Sabe-se que a chegada de qualquer faculdade dinamiza economia da região. Os desafios éticos e de autonomia fazem com que seja necessário mudar o perfil do egresso que ficou bem claro nas discussões das diretrizes curriculares. Uma questão central já falada é que todos estão preocupados com qualidade, o que tem que ser um processo sempre junto do acesso. Não é possível deixar boa parte da população brasileira sem acesso, o discurso da qualidade tem que andar junto. Esse é o desafio para os Ministérios da Saúde e da Educação, para o controle social, os gestores municipais, estaduais e para a sociedade brasileira. Apresentou a discussão da atenção primária, que é importante por ser a porta de entrada, por ter longitudinalidade, por atender várias vezes a mesma pessoa e entender os processos de adoecimento, determinação social do processo saúde-doença. Explanou a importância do hospital. Um estudo realizado por telefone nos Estados Unidos questionando às pessoas se tiveram algum problema de saúde do mês. Para cada mil pessoas, oitocentas relataram problema de saúde. 327 consideraram ir ao médico. 217 foram para o médico da atenção primária, que naquel país inclui pediatra e outros médicos. Menos de 1 (em cada 1) foi internada no hospital universitário. No Brasil a lógica é invertida. Olha-se muito mais para os leitos hospitalares do que para rede de serviços. Esse é um desafio importante que precisa ser mudado. É muito difícil para os brasileiros que são formados nesse modelo internalizarem. Essa pesquisa é de 2001 e exatamente igual à realizada em 1964. O processo saúde-doença acontece nos territórios e as pessoas têm muito mais opções do que apenas ir ao hospital. O processo de atenção e gestão do cuidado deve ser feito na rede. Isso demonstra que estamos no caminho certo mas precisamos mudar e trazer essas concepções para dentro do mundo da formação o que é uma grande disputa. É professor universitário e sabe todo o processo, como é difícil lutar, demonstrar a importância, mas quando você mostra claramente os alunos até entendem que esta é a realidade. Muitas vezes se debruçam sobre uma visão muito volta para o passado. Concluiu dizendo que estamos em um momento singular no país, com uma grande oportunidade de mudar a formação de seu perfil distribuição, mas é também um momento importante de reafirmar a função do Sistema Único de Saúde, seus princípios. Interiorizar formação no Brasil é efetivamente trabalhar com acesso e equidade. Em todos os mapas se mostra claramente que esse país é extremamente desigual e não possibilita o acesso a uma parcela significativa da população, o que gera consequências inaceitáveis. É impossível viver sabendo que uma pessoa que nasce numa região do país vive 5 anos a mais que outra. Enquanto modelo de nação, expectativa de nação e militante do SUS, participantes do controle social, usuários, gestores e trabalhadores não se pode coadunar com isso. Esse deve ser o marco central na evolução. A principal diretriz é não esquecer tudo isso que foi colocado. Sabe-se que o trabalho é a árduo e o Ministro falou de várias ações, trabalhando sempre na perspectiva de pensar

3209 novas formas de aumentar a capacidade de fazer preceptoria na rede, trabalhar na formação, trabalhar
3210 a política de educação permanente para ser reforçada na rede, para ampliar a capacidade de formação
3211 trazendo-a para o cotidiano do trabalho com certeza melhorará a capacidade de tornar essa rede uma
3212 rede escola. Também é importante o cadastro nacional de especialistas que já está previsto na lei.
3213 Mais uma das questões estruturantes que às vezes fica muito pouco valorizada, pois os críticos só
3214 lembra, da vinda dos médicos estrangeiros. Colocou-se à disposição para participar de debates. A
3215 Presidente do CN, Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, abriu para o debate. O Conselheiro **José**
3216 **Naum de Mesquita Chagas**, representante da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
3217 (ABRATO), informou que o pleno do Conselho Nacional de Saúde têm trazido questionamento de que
3218 a atenção deve se expandir para além da exclusividade da categoria médica com relação à formação
3219 de recursos humanos e ao inacesso aos demais recursos humanos da saúde. Colocou situações que
3220 os prejudicam, como por exemplo, dado estatístico do INEP no MEC que divulgam um número falso de
3221 graduações em terapia ocupacional, posto que instituições de formação solicitam o credenciamento de
3222 curso e nunca o operacionalizam. Citou como exemplo a Universidade Salgado Filho que consta
3223 como ofertante de 5 cursos de terapia ocupacional no país e nenhum destes nunca foi efetivado. Não
3224 existe um prazo limite para o MEC cancelar autorização concedida às universidades com foco
3225 mercadológico, gerando estatísticas falsas e isso nunca foi corrigido por aquele ministério. Existe um
3226 número iníquo na distribuição daquelas graduações, pois vários estados da federação não possuem
3227 nenhum curso de graduação em terapia ocupacional. Na região norte inteira do país só há um curso no
3228 estado do Pará. Na região centro oeste somente um na Universidade de Brasília. Questionou o que
3229 fazer nesse caso, se existirá por parte do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação incentivo à
3230 abertura de cursos de graduação em terapia ocupacional no país dentro das universidades públicas.
3231 Hoje há uma proporção de 0,3 terapeutas ocupacionais para cada dez mil habitantes. Perguntou em
3232 quantos milhões de pedaços teria que ser fracionado para poder dar o direito de acesso à população
3233 brasileira a um profissional terapeuta ocupacional. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**,
3234 representante da Central de Movimentos Populares (CMP), cumprimentou a todos e disse estar
3235 preocupado com a fala do conselheiro José Naum de Mesquita Chagas não estando claro se todo este
3236 processo que está sendo discutido está voltado somente para profissional médico ou outros
3237 profissionais. Disse estar preocupado com a necessidade de chegar a um determinado número de
3238 médicos por habitantes. Se cada vez que é necessário aumentar o número de profissionais médicos
3239 para atender a população, mostra que não há um cuidado da promoção e prevenção da saúde do
3240 povo. É o modelo que precisa ser mudado. É preciso pensar em novas alternativas, buscar novas
3241 terapias e novos cuidados do ser humano como um todo e não de doenças. Perguntou se na proposta
3242 de destinação dos cursos de medicina há uma determinação sobre o número que serão públicas ou
3243 privadas ou se é aberto e quem chegar primeiro leva. Entendeu que o ministério deveria ter um papel
3244 forte de disseminar os cursos públicos porque se for mantida a lógica dos cursos privados,
3245 automaticamente apenas da classe média para cima da sociedade brasileira poderá ter acesso em
3246 razão do preço. Perguntou quais especialidades terão bolsas concedidas, se há um direcionamento
3247 para formação, por exemplo, de clínicos gerais para te dar atenção básica. Encerrou informando a
3248 necessidade de formação de profissionais voltada às questões elementares da sociedade brasileira e
3249 envolvimento das pessoas que necessitarão do serviço desses profissionais participando do modelo de
3250 formação, pois o povo é quem sabe o profissional que precisa e o modelo de atenção que precisa. O
3251 Conselheiro **Luis Felipe Oliveira Maciel**, representante da União Nacional dos Estudantes – UNE,
3252 ressaltou ser importante valorizar que pela primeira vez na história o Estado brasileiro decide intervir
3253 no modelo de expansão do ensino superior. Desde a década de 1990 houve um período de expansão
3254 desenfreada, em especial do ensino superior privado, e hoje praticamente 75% dos estudantes estão
3255 matriculados no ensino superior privado e as opções que o governo faz, apesar dos diversos
3256 programas de expansão das instituições federais e a opção apresentada no mais médicos, a lógica
3257 permanece da expansão massiva do ensino superior privado em detrimento do ensino superior público.
3258 Um dado o que preocupa em especial porque o Estado brasileiro não tem marco regulatório para
3259 viabilizar a fiscalização e controle do ensino superior ao longo do seu desenvolvimento que não seja
3260 abertura e revalidação do curso. Não possui instrumentos que viabilizem intervenção, multas, outras
3261 punições que garantam a preservação da qualidade do ensino superior. Disse que na última reunião do
3262 Conselho quando tratou do Instituto Nacional de Supervisão e Avaliação do Ensino Superior (INSAES),
3263 um projeto de lei do governo federal que está em tramitação no Congresso Nacional. Está parado pelo
3264 último relatório que possui. Uma autarquia pública que garantiria condições do Estado intervir,
3265 controlar, fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento do ensino superior. Apesar de valorizar a opção
3266 do governo em determinar e orientar a expansão do ensino superior, preocupou-se com a expansão
3267 cada vez maior sem necessariamente instrumentos públicos de controle de suas qualidades e seu
3268 processo de desenvolvimento ao longo do curso. Apresentou para registro das características da
3269 expansão que se verifica redor do país o caso mais latente que chegou ao ouvido de todos pelo
3270 tamanho da universidade: o da Gama Filho e da Univercidade. Mas isso é recorrente no país, o
3271 fechamento de pequenas faculdades que não chegam a virar a notícia e são fechadas por não

garantirem a qualidade e estrutura financeira. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro**, representante da Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP, cumprimentou a todos e parabenizou pela apresentações. A lei que instituiu o Mais Médicos diz que é dever do gestor do SUS local fornecer o aparelhamento público para as novas universidades. Pensando que isso passa pelo exercício do controle social preocupou-se com a preparação que eles têm para fazer o acompanhamento. A própria Presidente do CNS colocou em fala anterior sua preocupação com as comissões desses conselhos. Quis saber se existe uma resolução do Conselho Nacional para dar orientação aos conselhos municipais e estaduais do que é o papel de cada um na direção de que não haja uma sobreposição de ações e uma confusão do que é papel dos conselhos municipais e estaduais. Colocou como sugestão que comissão identifique se já existe algum instrumento nessa direção e, não havendo, se seria possível construí-la. A Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, representante do Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV, afirmou que sempre se pensada a linha de cuidados em relação aos profissionais de nível superior, mas quem realmente realiza a maior parte do trabalho são os técnicas de enfermagem que precisam ser melhor capacitados. Disse não saber quem controla ou fiscaliza as escolas que formam esses profissionais. Vivenciou uma situação dessa e não sabe se é problema de formação ou falta de pessoal. Alegou não acredita ser uma situação pontual. Fez coro com as demandas dos Conselheiros José Naum de Mesquita Chagas e Abrahão Nunes da Silva. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, solicitou esclarecimentos em relação aos critérios estabelecidos na audiência pública em relação à público e privado. Existem vieses ideológicos, mas além disso é preciso ter o pé no chão. Parece que o governo tem tentado fazer isso em relação aos custos financeiros e econômicos para ter um curso, especialmente em áreas mais descentralizada. Perguntou se há algum estudo de custo/benefício, custo/aluno por exemplo, em manter o aluno numa universidade pública e privada ou vice versa, até o final da formação incluindo qualidade. Em alguns casos a diferença pode ser astronômica e talvez não valha à pena uma estrutura pública se o Prouni mostra ser possível a formação com qualidade em estabelecimento privado. Trouxe à tona a questão da qualidade do trabalho exercido pelos profissionais de saúde não somente o médico. Em termos de qualidade de vida o objetivo da saúde não é cura, tratar doentes. Hoje as pessoas só buscam o SUS para tratar da doença, dificilmente os médicos fazem uma consulta para orientar. As pessoas têm plano privado o fazem para não usar de forma preventiva. É preciso tratar o ser humano como um todo, aspectos físicos e espirituais. Não fala em religião, mas a Organização Mundial da Saúde diz que em um momento da vida a dimensão espiritual faz a diferença e desafiou qualquer dos presentes a provar o contrário. O Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, cumprimentou a todos e informou que sua instituição deu pleno acordo à política dos mais médicos esclareceu a importância da integração com os serviços instituídos e as secretarias municipais de saúde para fazer com que a formação médica ensino-serviço e a estrutura do contrato organizativo necessária para firmar lugar onde o profissional estará ocupando campo de estágio. Afirmou não conhecer um Secretário municipal de saúde que não fique feliz em receber graduandos e residentes em suas unidades, o que é histórico desde o Projeto Rondon, e hoje muitos municípios possuem rede de saúde estruturada para abrigar essa formação médica. Outra questão importante ressaltada foi que hoje, com programa Mais Médicos, é possível expandir a Estratégia de Saúde da Família, aumentar o acesso à Atenção Básica. É médico e trabalhou 18 anos exclusivamente com atenção básica e sabe que quanto mais se qualifica mais garante acesso. Levantou questões que não são resolvidas em nível de atenção básica. Em sua região as filas estão aumentando em relação a problemas para determinadas especialidades na espera por uma consulta com oftalmologista, ortopedista. Pediu celeridade do processo porque há uma grande demanda reprimida e a espera talvez possa levar o programa ao descrédito. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva**, representante da Liga brasileira de Lésbicas – LBL, parabenizou a mesa e disse ao Sr. Vinicius Ximenes Muricy da Rocha que é sempre bomvê-lo, um paraibano na luta pela saúde e educação popular em saúde. Expressou sua felicidade em ver a apresentação e pessoas que percebem o mecanismo e conhecem a luta, o compromisso com a implementação do SUS de qualidade e universal, mas para que sua universalidade seja concretizada ele precisa ser equânime para superar a injustiça sociais causadas pelo racismo ou pelo sexismo e pelas fobias LGBT. Quando ele fala em não ter apenas mais médicos porém médicos melhor formadas, dentro disso é preciso se perceber a necessidade desse olhar diferenciado para as especificidades da população negra, LGBT, mulheres; Ver a saúde integral. Daí a importância da atenção básica. Achou interessante o último gráfico apresentado pelo Dr. Alexandre Medeiros que apresenta uma comparativa dos estados. Criar uma política de prevenção e saúde é importante, como demonstrou a pesquisa dos Estados Unidos. Demonstrou estar preocupada com a demanda por hospitais porque esse não é o caminho. Em vários momentos a apresentação diz ser necessária uma prevenção em saúde e para isso é preciso tanto de hospitais quanto os demais profissionais saúde, como o técnico de enfermagem lembrado que está no dia-a-dia com o usuário e o próprio agente de saúde e de endemia. Entendeu a necessidade e importância do programa, mas o nome é muito reducionista para o que ele realmente é, devendo ser

3335 seria mais ou saúde mais SUS. Lembrou de sua mãe, uma senhora de 74 anos que precisou fazer
3336 busca ativa porque as receitas médicas de remédios controlados demandam o médico. A política de
3337 atenção à população LGBT é uma especificidade que existe em relação à política nacional de saúde
3338 integral da mulher para além da Rede Cegonha. Soube na última reunião que teve no conselho da
3339 mulher que na Paraíba talvez ela não seja implementada por que está com problema de gestão.
3340 Questionou como ficam as políticas de qualidade da formação do profissional médico. A doença
3341 falciforme, por exemplo, apesar de ter tido diagnóstico há mais de 100 anos até hoje ainda é pouco
3342 conhecida. **Maria Luiza Jaeger**, representante da Rede Unida na CIRH, fez uma observação na fala do
3343 Alexandre Medeiros de que até pouco tempo os residentes ficavam no lugar onde realizam o curso. A
3344 partir do momento em que tem o ENEM, citou como exemplo do filho do Conselheiro Arilson da Silva
3345 Cardoso, que cursa medicina em São Luís onde de 50 alunos, apenas 13 eram do Maranhão. Esse é
3346 um problema sério que precisa ser resolvido, descentralizar a residência é definir vagas para região.
3347 Em relação ao setor privado entendeu que essa lei estabeleceu a subordinação desejada deste setor
3348 ao interesse público permitindo abrir faculdades de medicina onde existe necessidade pública a partir
3349 dos princípios e diretrizes do SUS o que não vinha sendo feito até agora, o que é preciso fazer em
3350 outros cursos (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia) além dos especialistas.
3351 Afirmou ser uma vergonha a existência de cursos de fisioterapia em educação à distância o que não
3352 irá formar profissional algum. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, representante da Articulação de
3353 Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB, declarou que a CIRH é uma comissão
3354 bastante demandada com um grande número de pareceres para elaborar e acaba não dando conta
3355 das reais necessidades população sem aprofundamento das questões de formação já colocadas pela
3356 Maria Luiza Jaeger. O problema hoje no país não é simplesmente abertura do curso. Existem mais de
3357 700 municípios que não possuem nenhum médico questionou se existe uma previsão da proporção de
3358 médicos para cada mil habitantes por município, porque eles acabam concentrados nas grandes
3359 capitais por entes privados. Reafirmou a fala das Conselheiras Ana Maria Costa e Luciana Silveira
3360 Bernardes em relação ao estado laico parecer analisado e entendeu perfeitamente a missão da
3361 instituição mas estudou em uma instituição religiosa que na época tinha no currículo a disciplina ensino
3362 religioso teve que fazer um trabalho que deveria tratar apenas da religião daquela instituição, ao qual
3363 se negou a fazer. Acredita que cabe sim ao Conselho fazer uma recomendação com o posicionamento
3364 de compreender que estado é laico. A Conselheira **Ana Maria Costa**, representante do Centro
3365 Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cumprimentou a mesa e comentou a escolha da
3366 comunidade SUS nesse momento de formar melhor os profissionais de saúde brasileiros,
3367 particularmente ainda restrita nesse momento a formação dos médicos. Deveria chamar-se bons
3368 médicos e não Mais Médicos. É preciso uma mobilização muito grande. Afirmou ser importante pensar
3369 em comprometer o perfil desse novo profissional nas bases das novas diretrizes, ainda que esteja
3370 privilegiando a presença do estudante na rede pública do SUS. Ainda é pouco incisiva sobre a
3371 mobilização da escola, não com serviço, mas com a comunidade. É preciso retirar as diretrizes de
3372 práticas reais para reverter essa mudança de perfil do profissional e disse haver uma tímida intervenção
3373 sobre a caixa plúmbea das universidades federais públicas em formar mais para o público, para o povo
3374 brasileiro, não só em relação à federais mas também as estaduais. O governo deve apresentar essa
3375 mesma coragem que está tendo no enfrentamento dos interesses corporativos em relação aos
3376 interesses corporativos no interior das universidades públicas nacionais. Essa questão demanda
3377 intervenção das instituições públicas do SUS. Lembrou da experiência da qual é participante, como
3378 docente, na Escola Superior de Ciências da Saúde do Governo do Distrito Federal. Uma experiência
3379 pioneira. Pediu ao MEC atenção especial porque é a primeira escola de medicina feita para o SUS e
3380 pelo SUS, dentro de uma secretaria de saúde e que pode vir a ser um modelo de expansão estratégico
3381 nesse desafio de mais vagas para saúde. Entretanto, apesar dessa experiência maravilhosa, possui
3382 problemas pendentes que parecem ser da própria formação do docente que ainda sente muito frágil
3383 nesse conjunto de desafios apresentados. É preciso fazer à exaustão pesquisa de egressos e
3384 monitorar na perspectiva de que seu papel precisa ser afirmado permanentemente sobre impacto
3385 dessas medidas e participar do processo de monitoramento com a qualificação da informação que
3386 deve ser submetida para apreciação do Conselho. O mistério do quarto ano precisa ser rompido. São
3387 contruídos três anos de formação médica integral e no 4º ano e se transforma em profissional tendente
3388 à especialização. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos “Santinha”**,
3389 representante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, elogiou
3390 a mesa solicitando que se repita várias vezes. Disse não ser possível fazer uma intervenção com
3391 tempo determinado por que tem um leque de questões a serem levantadas. Parabenizou a CIRH pela
3392 forma como vai trabalhando, dando parecer, com a crítica do momento em que se vive, a pedidos de
3393 implementação de faculdades. Elogiou a apresentação da Conselheira Ivone Evangelista Cabral que
3394 brilhantemente fez várias perguntas talvez consiga poucas respostas. Afirmou que Vinicius Ximenes
3395 Muricy da Rocha coloca questões que precisam ser discutidas durante uma tarde inteira. Fez a conta
3396 da quantidade de vagas novas a serem implementadas que resultou no número de 7562 para
3397 instituições privadas. De 2014 a 2017 o serviço privado irá dominar. Afirmou esperar que essa

3398 quantidade de vagas até 2017 cubra os municípios que não tem nenhum médico. Solicitou o
3399 esclarecimento da nova regra que diferencia o tratamento do setor público e privado. Sobre a atenção
3400 primária afirmou sobre a preparação do médico como profissional que está sendo implantada no Rio
3401 de Janeiro uma ação para a redução da violência contra mulher e quando ela chega para ser atendida,
3402 violentada por um homem, o médico e enfermeiro dizem que essa questão não é da saúde, mas da
3403 polícia. Não viu um caso inverso. E a preparação deve servir para atender o sentimento de uma
3404 mulher violentada. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho**, representante do Ministério da
3405 Saúde, parabenizou a mesa e expressou sua felicidade pela qualidade das apresentações e alegria de
3406 estar compartilhando com Alexandre Medeiros e Vinicius Ximenes Muricy da Rocha que além de
3407 conterrâneos fazem parte da mesma instituição, a Universidade Federal da Paraíba, o que é muito
3408 gratificante. Afirmou ser docente e gestor, viver nos dois mundos da formação até a gestão. Disse que
3409 a mesa tem um desafio fantástico e um ponto de otimismo é ver MEC e Ministério da Saúde buscando
3410 a solução de um problema. Isso pode passar desapercebido, mas é fundamental para vencer esse
3411 problema porque aqui não tem somente uma característica logística e sim uma inversão de valores. É
3412 uma luta ideológica isso é o que tem que ser assumido no debate. Se não houver coragem de
3413 aproveitar esse momento para fazer um enfrentamento ideológico de trazer a sociedade brasileira para
3414 discussão sobre provimento de profissionais, não somente médico. Não é possível separar porque
3415 onde chega uma faculdade de medicina, o médico não vive sem as outras profissões e a tendência
3416 desse processo é crescer o debate de inserção dos outros profissionais até porque o próprio Sistema
3417 Único de Saúde e as diretrizes que o MEC trabalha fazendo uma visão do profissional. Falou com
3418 tranquilidade por ser fisioterapeuta e fez parte de uma formação acadêmica onde fisioterapeuta,
3419 médico, odontólogo, psicólogo, faziam residência juntos. Fez residência em medicina preventiva e
3420 social na Paraíba em 1988. Viveu isso na prática e tem convicção que esse é o caminho que deve ser
3421 trilhado. É fundamental é trazer gestores do SUS para o debate do provimento de profissionais porque
3422 quando coloca a relação do gestor na qualificação de uma universidade dentro do seu território de
3423 gestão muda essa lógica e traz a obrigação dos gestores públicos em qualificar o acesso porque não
3424 adianta ter uma universidade com o serviço ruim. Essa é uma oportunidade de puxar a discussão para
3425 a qualificação da atenção em saúde e não só a relação profissional/leito, que deve ser expandida.
3426 Deve-se começar por um para o que consiga iniciar. Afirmou ser fundamental a perspectiva de,
3427 integrando a relação MEC-Ministério da Saúde, abrir um debate sobre esse aspecto no campo da
3428 organização que foi colocado na questão das iniquidades, do processo de formação, do provimento e,
3429 acima de tudo, como chegar a fazer controle social. Porque a sociedade tem um objetivo operacional
3430 mas se não houver a condição para convencer a sociedade brasileira, os movimentos e lideranças de
3431 que esse é um processo importante perde-se uma batalha. Por fim, o ponto que não se pode perder de
3432 vista é que, em que pese haver número maior de universidades privadas nesse processo, a palavra
3433 monitoramento e avaliação constante de um quadro e uma estrutura pedagógica para atenção básica,
3434 as escolas que foram abertas terão obrigação de incluir atenção básica como forma de construção de
3435 formação pedagógica. Isso é uma inversão forte do modelo de formação da saúde brasileira e
3436 principalmente do mercado das universidades privadas. A Presidente do CN, Conselheira **Maria do**
3437 **Socorro de Souza**, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
3438 CONTAG, afirmou que para sua instituição a política do mais médicos é extremamente importante
3439 porque pobres, negros, indígenas e rurais localizados nessas regiões carentes adoecem mais e
3440 morrem mais cedo e essa política vem ao encontro de históricas reivindicações dessas populações.
3441 Mas isso descontextualiza o debate para os representantes do campo, um lugar historicamente
3442 excluído e desigual com deformações na capacidade do Estado estar presente e garantir cidadania.
3443 Percebe-se ser importante e tornou-se programa de governo mais ainda não se vê uma articulação
3444 maior com outro campo de políticas públicas para o desenvolvimento local, regional e rural. A
3445 sustentabilidade não está só no campo da segurança e da saúde para a finalidade de atender às
3446 necessidades sociais de saúde dessas populações. Há também questões ambientais e de
3447 desigualdade de renda, de extrema miséria e para que esse programa também atenda às
3448 necessidades sociais e supere o quadro precisa ser acompanhada de outras políticas com um
3449 planejamento de médio e longo prazo informando o compromisso para além do combate à pobreza
3450 rural e as desigualdades que o governo se propõe. Está clara a deformação do SUS que está super
3451 estruturado no sul e sudeste e não em outras regiões. Deve haver uma oportunidade de repensar o
3452 modelo de atenção todavia a promoção da saúde não está no centro do debate. Enquanto Conselho
3453 Nacional afirmou que o governo precisa assumir um compromisso de como tratará as equipes
3454 multiprofissionais para a atenção básica, assim como a prioridade e escolha para a questão médica.
3455 Reivindicou a pesquisa das condições de trabalho, perfil e formação da situação dos outros
3456 profissionais. Por último, afirmou estar explícito o esforço da CIRH que uma norma não dá conta dessa
3457 análise e dessas abordagens multidimensionais e multisetoriais e vem se esforçando pela capacidade
3458 de seus componentes e pela clareza do papel, contudo suas normas devem ser alteradas e
3459 melhoradas, embora compreenda que somente normas não são suficientes para dar conta do debate
3460 político que está colocado na mesa. É preciso uma apropriação, politização e um compromisso de

3461 governo para onde as coisas devem ser a médio e longo prazo, na linha trazida pela Conselheira Ana
3462 Maria Costa sobre qual o impacto e resultado de retorno percebido pela sociedade. Faz toda a
3463 diferença os estudantes estarem participando e colocando um olhar diferenciado a partir do
3464 “sujeito/objeto” da ação, assim como a população rural que também é objeto direto dessa ação.
3465 Sugeriu como encaminhamento a realização de oficinas e seminários para os conselhos estaduais já
3466 que está mudando o paradigma de pensar as políticas públicas de saúde do país e ainda está distante
3467 de discutir políticas de desenvolvimento local e regional. **Retorno da mesa.** A Conselheira **Ivone**
3468 **Evangelista Cabral** afirmou que apesar de se envolver bastante nas atividades da CIRH procurou
3469 também em sua apresentação trazer antigas reivindicações de sua entidade que trata das questões de
3470 educação em enfermagem e da prática em enfermagem. Foram apontadas questões que vão para
3471 além da necessidade de criar marcos regulatórios, mas também para os outros cursos da área da
3472 saúde, uma fala que teve eco em vários conselheiros e todos possuem uma expectativa muito grande
3473 de que os outros cursos de graduação também sejam regulados mediante edital indutor, com base na
3474 necessidade social em saúde, na demanda de profissionais para aquela região também acredita que, a
3475 despeito do reducionismo do programa mais médicos, concorda com a conselheira Verônica Lourenço
3476 da Silva em ser mais saúde, mas o mais médicos é uma parte desse mais saúde e a problemática da
3477 qualidade da formação dos profissionais de saúde é crônica. Todos os elementos têm problema na
3478 formação na qualidade da formação médica para atenção básica mas também na formação de
3479 qualidade de profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e
3480 muitos outros que não foram relacionados mas que compõem o leque das profissões regulamentadas
3481 pelo Conselho Nacional de Saúde. O interesse do Estado pela medicina precisa também estender se
3482 para os outros cursos. A formação técnica está diretamente relacionada à qualidade da formação do
3483 graduado bacharel porque são eles quem ensinam nos cursos técnicos. Quanto aos prejuízos na
3484 qualidade da atenção proporcionada pelos técnicos de enfermagem também está relacionado com a
3485 baixa qualidade da formação dos enfermeiros, o que afeta diretamente a qualificação no nível técnico.
3486 É como tentar descobrir que vem primeiro o ovo ou a galinha. Isso se aplica em relação à estrutura da
3487 rede: quando a rede SUS será melhorada quando houver mais profissionais ou só irá formar mais
3488 profissionais quando tiver mais rede? Achou que as duas coisas devem caminhar juntas e um induz à
3489 qualidade do outro. Em relação ao contrato organizativo ele ajuda bastante no sentido do envolvimento
3490 o compromisso do seu gestor local do SUS com a implementação do projeto pedagógico do curso,
3491 porque estará pactuado. O que preocupa ainda mais à luz do problema apresentando no processo de
3492 Goiânia. Em relação ao papel das organizações sociais na regulação oferta de leitos para o SUS, é
3493 importante ter um olhar atento sobre isso. É uma responsabilidade do SUS e da Secretaria de estado e
3494 da Secretaria do município e não da organização social ela está ali para administrar instituição e
3495 precisa olhar com muito critério. No momento da audiência pública irá fazer uma observação sobre
3496 isso. Afirmou que muitas OSs são geridas por profissionais médicos ideologicamente alinhados com a
3497 ideia de ser contrário à expansão das escolas médicas, gerando uma fragilidade. O controle social
3498 precisa estar atento às questões. Em relação aos **encaminhamentos**, algumas demandas que podem
3499 ser convertidas em encaminhamentos. A **revisão do marcos regulatórios do Conselho Nacional de**
3500 **Saúde do papel da CIRH** em como ela irá trabalhar à luz das novas diretrizes legais. A **extensão da**
3501 **regulação da abertura de cursos para além do curso de medicina** em um acordo com o MEC para
3502 falar isso que já está na lei e deve ser cumprido para (parágrafo 6º do artigo 3º) e o Ministério da
3503 Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público
3504 que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde. Como diz “poderá aplicar” o
3505 Conselho Nacional de Saúde deve pressionar para seja aplicada efetivamente. O compromisso
3506 intersetorial MEC-Ministério da Saúde-controle social com apreciação das diretrizes curriculares da
3507 medicina. **Pedi ao representante do MEC apoio para negociar com Conselho Nacional de**
3508 **Educação para que seja pautada no mês de abril e assim permitir a discussão pelo CNS na**
3509 **próxima reunião do Pleno** já que houve uma sinalização dessa possibilidades por parte do CNE. A
3510 importância de **ampliar o estudo da necessidade de profissionais de saúde no Brasil, a**
3511 **densidade de vagas por 10 mil habitantes, a densidade de profissionais para cada mil**
3512 **habitantes** já pressupondo que com a expansão da formação médica e da rede haverá necessidade
3513 de implantação de novas estratégias de saúde da família, de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
3514 e de NASF – Núcleo de Apoio À Saúde da Família, antevendo a necessidade dos outros profissionais.
3515 A Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que **que o seminário trate de doenças raras patologias**
3516 **e deficiências porque a grade curricular deve ser alterada nesse sentido para que os todos os**
3517 **profissionais da atenção básica possam fazer um diagnóstico correto.** O Sr. **Alexandre**
3518 **Medeiros**, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES/MS, começou falando
3519 sobre a importância desse processo e não só com médicos, mas com todos os profissionais. Esse é o
3520 entendimento do Ministério da Saúde, da SGTES, que já está realizando reuniões com os conselhos
3521 dessas profissões para terem clareza das expectativas e dimensionamento do que cada conselho
3522 entende ser o seu papel nesse novo momento do Brasil. Também uma preocupação muito clara,
3523 inclusive com parcerias em nível nacional e internacional, para realizar o dimensionamento de todas as

3524 profissões de saúde. Há um edital aberto do observatório de recursos humanos para o Brasil e ele
3525 estava finalizando no processo de pactuação de uma cooperação com a Andaluzia para discussão
3526 sobre dimensionamento e planejamento para saber quanto tem, o quanto querem, em quanto tempo e
3527 de forma regionalizada. Provavelmente utilizarão como recorte a região de saúde. Um dos princípios
3528 importantes para o sistema de saúde é ter essa capacidade de descentralizar ações porque hoje há
3529 uma concentração. Os dados foram mostradas por estado, mas há uma desigualdade dentro dos
3530 estados muito importante que também precisa ser combatida. A ideia é ter um planejamento para cada
3531 região de saúde baseada em suas necessidades nos agravos lá presentes, na constituição etária da
3532 população, nas necessidades reais. Participou de um encontro na Europa para discutir a questão, que
3533 ocorre em todos os países do mundo, e lá possui a maior expertise e metodologia no dimensionamento
3534 para profissão e especialidade que é essencial para abertura de vagas de residência médica de forma
3535 regionalizada, casada com a estrutura e um diagnóstico necessário para trabalhar para que os
3536 equipamentos de saúde possam propiciar a formação. Junto com isso, o plano de preceptoria e
3537 desenvolvimento de preceptoria para cada rede de forma diferenciada. Outro ponto importante é que
3538 essas questões não são apenas do nível superior. Os profissionais técnicos também precisam de
3539 atenção especial. A formação e deve ser adequada às necessidades reais. Há prioridade de aumentar
3540 a oferta de radioterapia, são necessárias físicos médicos (físicos voltados para esse tipo de
3541 atendimento). Já estão se debruçando sobre ele, mas é preciso para colocar na pauta. Também
3542 precisa ser pautada a questão da contratualização que precisa do controle social, dos gestores
3543 CONASS, CONASEMS, da população, porque muitas vezes é a população que ensina. Já teve várias
3544 vezes usuários ensinando aos seus alunos como se portar diante deles esse é o papel que mudará o
3545 perfil do profissional formado. Deve haver muita clareza de quais são as competências importantes em
3546 cada nível de atenção. Outro processo importante no qual se desenvolve expertise para entender as
3547 competências de cada profissional quais são de campo para fazer uma formação interdisciplinar. Hoje
3548 se diz que quem forma-se médico é médico e quem forma enfermeiro é enfermeiro. Mas não
3549 necessariamente precisa ser assim. Se houver clareza sobre a competência de cada profissão podem
3550 estar juntos na construção das competências. É preciso desenvolver o cenário de prática para
3551 aquisição daquela competência. Não se pode ter certificação apenas de hospital, mas também de
3552 serviços da rede. Todo serviço da rede deve ter qualidade e ter um parâmetro de certificação. Estão
3553 trabalhando em todas essas ações. É o que dá pra fazer em curto prazo: integrar as ações que já
3554 existem, a expansão das residências, será necessário o telessaúde, articulação com MEC, aprofundar
3555 parcerias com diversas entidades que trabalham educação. É uma ação conjunta. Pela primeira vez
3556 existe a possibilidade de fazer isso de forma mais orquestrada principalmente para a população
3557 brasileira. Relatou ter pelo menos 25 anos na luta do SUS de estudante, trabalhador, gestor ou
3558 professor do SUS e acredita que nunca se discutiu a importância do trabalhador em saúde na melhoria
3559 da qualidade do sistema. A sociedade está mobilizada quer mudança e está trabalhando certo para
3560 orquestrar essas mudanças. A Sra. **Maria Rosa Guimarães Loula**, Diretora de Regulação da
3561 Educação Superior – MEC/SERES/DRES, colocou-se à disposição para participar do seminário que
3562 entendeu ser importante. Apresentou vários temas em relação à lei do Mais Médicos, mas é preciso
3563 entender que as políticas contidas nessa lei são muito variadas e cada uma possui uma complexidade
3564 própria. Quando fala de edital pode ter ficado misturado com a ida de um médico, mas a questão não é
3565 colocar uma faculdade de medicina em cada município do Brasil. A política do mais médicos em
3566 relação a ter um médico de atenção básica em cada município pode dar uma linha cruzada com
3567 informação da faculdade de medicina. Esclareceu que a diferença entre o público e o privado é radical
3568 e pode ser explorado com mais cuidado no seminário, mas o grande avanço na órbita da expansão
3569 das instituições privadas é que ela não tem mais a prerrogativa de querer oferecer um curso de
3570 medicina onde lhe aprovou. A lógica para as privadas é um edital, tipo uma licitação, onde o Estado
3571 escolher o que precisa e o que comporta. Acerca do questionamento sobre a maior participação do
3572 Estado relatou a questão constitucional e, por mais que ideologicamente se tenda para um lado ou
3573 para o outro de estatização maior, a constituição prevê a livre iniciativa. O art. 200 prevê a
3574 possibilidade de indução de recursos humanos em determinados locais e não se pode esquecer que
3575 isso foi uma enorme briga constitucional com ações diretas de constitucionalidade no STF para dizer
3576 onde pode ser aberto, a forma que pode ser aberto, da forma que o estado acha importante, baseado
3577 na rede SUS. Mas fechar fazendo apenas pelas estatais seria inadmissível. Sobre o fortalecimento da
3578 regulação para controle de qualidade ela afirmou que existem sim esses marcos e protocolos de
3579 compromisso estando no edital a possibilidade de aplicar multa, recolher depósito como garantia para
3580 usar como penalidade. O regulador pode inclusive chegar no bolso das instituições privadas que é
3581 onde dói e o fechamento das faculdades é a última *ratio* possível. É o papel regulador e supervisor e
3582 que fique como um alerta de que a universidade precisa ter qualidade em todas as áreas. Talvez
3583 medicina chame mais atenção. Deixou o restante das questões para o seminário agradeceu informou
3584 que essa oportunidade enriquece muito debatido e convidou a todos para participar da audiência pública
3585 naquela tarde porque a contribuição do conselho é muito importante. Presidente do CN, Conselheira
3586 **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que seria muito importante que quem pudesse acompanhasse a

3587 Conselheira Ivone Evangelista Cabral dividido em trabalhadores, usuários, gestores. O Sr. **Vinicius**
3588 **Ximenes Muricy da Rocha**, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde – MEC/SESU/DDES
3589 falou em relação à expansão da rede da IFES que elas tem que passar pelo processo de regulação e
3590 autorização dos novos cursos. Em relação ao abertura de curso das Forças Armadas, disse que não
3591 há nenhum desses cursos previstos. Houve a formação de um grupo de trabalho do MEC, da UnB e o
3592 Hospital das Forças Armadas desde 8ª Conferência Nacional de Saúde para incorporação desses
3593 hospitalais inclusive porque possui um grande aparato na cidade de Brasília, do ponto de vista só
3594 assistencial para integrar ao campo da formação. A forma como será realizada será discutida em um
3595 grupo de trabalho será realizado pela UnB. Em relação às DCN Diretrizes Curriculares Nacionais é
3596 competência do Conselho Nacional de Educação que possuem o prazo de 180 dias e sua
3597 preocupação é de que em março saia o edital e os primeiros 10 cursos da expansão sejam iniciados e
3598 seria bom que já fossem regulados pelos novo marco. O CNE deve definir o ritmo. Sobre as
3599 colocações dos conselheiros acerca dos demais cursos da área da saúde afirmou que obviamente
3600 partiu de um debate inicial em relação à medicina porque, dentre os demais vários grupos profissionais
3601 envolvidos no processo de trabalho do SUS, é um núcleo profissional com grande peculiaridades e
3602 desafio no sentido da organização do processo de trabalho das equipes, mas o pensamento do
3603 ministério é discutir a perspectiva dos outros cursos na área da saúde. Estão solicitando pauta
3604 inclusive com a Fnepas - Fórum Nacional das Profissões da Área da Saúde para começarem a discutir
3605 algumas questões. Um grupo interno do MEC vem acumulando um pouco esse debate. O contrato
3606 organizativo está traçando um debate sem pensar quais os dispositivos e marcos regulatórios que
3607 terão pois ele está focada na questão da formação médica, mas estão discutindo essa organização da
3608 rede hospitalar não será possível pensar somente na medicina. Deverá ser pensado em conjunto de
3609 vários cursos da área da saúde e a ideia é fazer um debate bem amplo levando Conselho Nacional de
3610 Saúde. Sobre a proporção de cursos públicos e privados na expansão, além de alguns elementos da
3611 fala da Maria Rosa Guimarães Loula, acrescentou que foi apresentado o ritmo de expansão necessário
3612 hoje no Sistema Único de Saúde. Buscaram dentro da rede de IFES e, ainda com a grande expansão
3613 dos últimos anos, a rede pública não chega em todos os lugares. Mesmo reconhecendo os avanços
3614 ocorridos nos últimos anos, campus no interior abandonadas que hoje praticamente são verdadeiras
3615 universidades, universidade novas que surgiram, não seria possível chegar à quantidade necessária
3616 sem as universidades privadas. Sobre a reação com os conselhos municipais e estaduais afirmou
3617 que dia 1º e 2 de abril haverá uma agenda sobre o debate da medicina rural, em que estão
3618 participando do debate com as novas escolas federais de medicina e o perfil desses cursos pegando
3619 experiência de universidades da África do Sul e da Austrália que trabalham perfil de cursos de
3620 medicina em área de fixação e farão esse debate. Convidou a todos para representar o Conselho
3621 Nacional de Saúde nesse evento e afinar algumas questões e trazer subsídios para debate com
3622 controle social junto aos outros entes federativos. Explicou que o enfoque na atenção básica não
3623 significa ser exclusivamente na atenção básica mas que ela deve ter um capítulo especial na
3624 formação, seja dos ingressos da graduação, seja das futuras especialidades porque muitas delas são
3625 extremamente procedimentais como exemplo da ortopedia e traumatologia e muitas vezes se cria um
3626 fetiche de que a prática médica possui um protocolo muito bem definido, mas o componente da
3627 formação integral do ponto de vista da clínica é fundamental para pensar um capítulo na formação dos
3628 especialistas que passam pela atenção primária. Relatou que as novas diretrizes curriculares discutem
3629 o recorte regional adotado pelo Alexandre Medeiros, o que está sendo preocupação desde o início
3630 para não deixar a coisa começar torta e depois corrigir. Compartilhou que está familiarizado com os
3631 perfis das novas escolas citados pela Conselheira Ana Maria Costa. A Presidente do CN, Conselheira
3632 **Maria do Socorro de Souza**, informou que será feito um esforço para ser realizado no início de maio
3633 um seminário sobre o tema, mas espera que isso não comprometa a importância de um debate com a
3634 sociedade. Finalizou dizendo sobre educação do campo que é uma bandeira dos movimentos
3635 camponeses não pode considerar que todos os estudantes que desejam realizar curso na área da
3636 saúde sejam urbanos. É preciso valorizar a juventude rural que possui potencial e possibilidade de
3637 escolha, inclusive para formação na área da saúde. É preciso considerar um recorde de classe que foi
3638 superado com os indígenas que são odontólogos, médicos e pensar o quanto a juventude rural precisa
3639 ter o direito de escolha. Se manifestou favorável aos encaminhamentos disse que ver a tentativa de
3640 **realização do seminário em abril** mas também haverá jornada das comissões agradeceu aos
3641 convidados a presença dos convidados o senhor Vinicius Ximenes Muricy da Rocha agradeceu a partir
3642 de todos dizendo que eu mais médicos está sendo uma grande oportunidade para aproximação entre o
3643 MEC Ministério da Saúde e que essa reunião foi simbólica pela união no debate da formação.
3644 **Encaminhamentos:** enviar a todos os conselheiros as novas diretrizes curriculares do curso de
3645 medicina. Aprovados onze pareceres da CIRH. Continuar com o debate sobre as novas
3646 diretrizes curriculares dos cursos de medicina. Realizar oficinas e/ou seminários para os
3647 conselhos estaduais sobre as novas diretrizes do cursos de medicina e seu papel nesse
3648 processo de abertura de novos cursos ainda no primeiro semestre e garantir a representação.
3649 Revisar os marcos regulatórios do Conselho Nacional de Saúde para adequar o trabalho da

3650 CIRH aos novos marcos legais. Iniciar tratativas como o Ministério da Educação para aplicar o
3651 procedimento de chamamento público para a abertura dos cursos de graduação a todos os
3652 cursos da área de saúde. Solicitar ao CNE, com apoio do Ministério da Educação, a prorrogação
3653 do prazo para a publicação das diretrizes curriculares do curso de medicina para permitir a
3654 discussão pelo CNS em sua próxima reunião ordinária. Com esses encaminhamentos encerrou o
3655 período da manhã e fez pausa para o almoço. Ao retornar a mesa então foi composta para o próximo
3656 item da reunião. **ITEM 06 - INFORMES E INDICAÇÕES.** Apresentação: **Márcio Florentino Pereira**,
3657 Secretário Executivo do CNS. Coordenação: Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, Mesa Diretora do
3658 CNS. Inicialmente foi aplicado um questionário, sobre a revisão da política de atenção básica, cuja
3659 consulta pública está aberta desde janeiro e realizado um convite pela Coordenação Geral de Doenças
3660 Graves não Transmissíveis para participação em um seminário internacional em 15 e 16 de maio na
3661 cidade de Brasília. O questionário estará aberto de forma eletrônica para resposta até 14 de março. O
3662 Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, informou que está articulando com os
3663 conselhos estaduais e o GT da ABRASCO para participação no seminário de maio e uma oficina na
3664 Mostra de Atenção Básica sobre a revisão da Política de Atenção Básica. As indicações para
3665 participação serão realizadas na reunião de março. O primeiro informe foi sobre a proposta de
3666 realização da primeira plenária de conselho. A proposta discutida com a coordenação da plenária será
3667 para compor uma mobilização melhor com as agendas que envolvem o financiamento e o debate da
3668 15ª Conferência Nacional de Saúde sendo realizada em dois dias. No primeiro momento não seria
3669 somente uma plenária de conselhos, seria mais ampla envolvendo toda representação do Saúde + 10,
3670 todas as entidades, movimentos, centrais, que estão ou não dentro do controle social. O ato ocorreria
3671 no Congresso Nacional. Neste momento haveria o lançamento de um manifesto como orientação para
3672 o debate eleitoral. Na sequência haveria a Plenário dos Conselhos. A previsão é reunir de 1500 a 2000
3673 conselheiros incluindo a participação dos movimentos populares e sociais e outras entidades, com o
3674 caráter de tratar uma agenda geral e o fortalecimento, organização e funcionamento do controle social,
3675 questões do financiamento e recursos humanos. Houve a proposta para 22 e 23 de abril porém dia 21
3676 é feriado e a operacionalização é complicada. A proposta é que ocorra na mesma semana em 24 e 25
3677 de abril dentro do tema central de 25 anos do SUS, saúde direito de todos e dever do Estado, o
3678 financiamento do SUS como sistema universal de qualidade para todos. O centro da plenária seria
3679 focado nessa perspectiva convocar uma reunião da coordenação da plenário e os conselhos estaduais
3680 para concluir a mobilização do dia. **Luceni Gomes Novaes**, coordenadora de plenária do Espírito
3681 Santo, afirmou que haviam acordado outra data, 23 e 24 de abril e questionou se os dias informados
3682 seriam afetados pela semana santa. O Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**,
3683 respondeu que a data estava errada e seria mesmo 23 e 24, posto que o melhor dia para um ano no
3684 Congresso seria uma quarta-feira e na sexta-feira as passagens são muito caras prejudicando o
3685 orçamento. O Conselheiro **Gilson Silva**, representante da Força Sindical, perguntou sobre a
3686 quantidade de participantes (2000) ampliaria a quantidade de participantes do conselho estadual posto
3687 que no evento anterior participaram se paritariamente 4 ou 8 de cada, e se os suplentes do Conselho
3688 Nacional estariam presentes. O Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, respondeu
3689 que a participação dos conselheiros estaduais será definida na reunião com os coordenadores de
3690 plenária e que pretendem fazer o ato com a maior representação possível. Não há condições de
3691 bancar a vinda de todos os conselheiros e estão pedindo apoio ao COSEMS e CONASEMS e gestores
3692 estaduais e municipais para permitir a participação do maior número de conselheiros estaduais e
3693 municipais. Também desejam mobilizar estudantes, universidades, centrais sindicais, fazer um grande
3694 ato nessa data. Informou que será disponibilizada uma matéria sobre a reunião das entidades médicas
3695 na data anterior que estão se mobilizando em torno do movimento Saúde + 10 várias forças em torno
3696 dessa agenda. Na sequência da plenária dos conselhos haverá a jornada das comissões que envolve
3697 boa parte dos titulares e suplentes, mas a ideia é que saia um pouco da agenda nacional para
3698 agendas estaduais e que os conselheiros nacionais se envolvam nas agendas dos estados já que
3699 cada um deles é uma autoridade importante nesse processo. A Conselheira **Maria Laura Carvalho**
3700 **Bicca** alertou que preciso verificar agenda do semestre e tentar aproximação entre as atividades que
3701 estão sendo realizadas no Conselho Nacional da comunicação com os estados e as atividades da
3702 COFIN que estão concentradas em março e abril. Os conselheiros estão concentrados na mobilização
3703 das etapas macrorregionais da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e
3704 não sabe como será possível fazer tanta coisa ao mesmo tempo. Se a atividade da plenária estivesse
3705 próxima da jornada já mobilizaria todo o grupo que está de alguma forma vinculada aos estados. Essa
3706 atividade já está programada, que a partir de abril programasse para ser próximas para virem
3707 mobilizados para a atividade macro. O Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**,
3708 afirmou que já estão se preparando para sair da jornada das comissões com o calendário das
3709 programações de 2014 a 2015 definido. **Inversão de pauta. ITEM 07 – POLÍTICA NACIONAL DE**
3710 **INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS.** Apresentação: **Paulo Eduardo Guedes**
3711 **Sellera**, Coordenador Geral de Gestão de Informação Estratégica/MS. Composição da Mesa: **Paulo**
3712 **de Tarso Oliveira**, Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação – DATASUS/MS; **Maurício**

3713 **Bucciolli Guernelli**, Coordenador Geral de Análise e Manutenção – DATASUS/MS; **Augusto Cesar**
3714 **Gadelha Vieira**, Diretor – DATASUS/MS. *Coordenação:* Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**,
3715 membro da Mesa Diretora do CNS. O Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** convidou os debatedores
3716 para compor a mesa. O Coordenador Geral de Gestão de Informação Estratégica **Paulo Eduardo**
3717 **Guedes Sellera**, agradeceu a oportunidade de apresentar Política Nacional de Informação e
3718 Informática do SUS (PNIIS) no Conselho Nacional. afirmou que o documento da PNIIS já está
3719 disponível para todos os conselheiros. Ele coordena a gestão da informação dentro do Departamento
3720 de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde,
3721 onde encontra-se o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS). Apresentou os
3722 marcos de referências utilizadas para a elaboração da política. A 10ª Conferência Nacional se Saúde
3723 em seu relatório final já fazia menção à necessidade de se ter uma política nacional de informação,
3724 que na época se falava em educação e comunicação em saúde. A 11ª novamente falou da
3725 necessidade da política de informação e comunicação (no ano 2000). A PNIIS que está apresentando
3726 é fruto de um trabalho realizado em 2004 por um grupo do Ministério com participação do CONASS e
3727 CONASEMS que na época conseguiu um excelente documento teórico bem debatido porém não foi
3728 efetivada enquanto política dentro do Sistema Único de Saúde. Não passou por uma pactuação
3729 tripartite e não pôde ser implementada nos moldes de qualquer política, hoje no Sistema Único de
3730 Saúde. Poderiam em 2011 tentar publicar o documento da mesma forma, já que era um marco teórico
3731 muito bem feito. No entanto, de 2004 a 2011, no que tange à tecnologia da informação houve muitos
3732 avanços no país e no mundo. Então, dentro do planejamento estratégico do Ministério da Saúde se
3733 pautou a revisão e atualização daquela política nacional de informação gestada em 2004. Também
3734 aproveitou uma redefinição de papéis do CIINFO ocorrida em 2011 e que hoje conta com a
3735 participação de todos os secretários do Ministério da Saúde e as instituições vinculadas um comitê
3736 consultivo: a ABNT, a Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (SLTI) do Ministério do
3737 Planejamento, Orçamento e Gestão e a RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. A
3738 partir daí foi feita uma revisão do regimento interno do CIINFO que deliberou pela criação de
3739 subcomitês operacionais com a mesma representação do CIINFO. Os secretários indicaram
3740 representantes de suas secretarias para discutirem temas julgados importantes em suas reuniões
3741 ordinárias. São em número de 3: governança da informação, tecnologia da informação e comunicação
3742 e segurança da informação e comunicação. A revisão da PNIIS ficou a cargo do subcomitê de
3743 governança da informação consideradas estruturantes nesse processo. No ano de 2012 reuniram-se 5
3744 vezes para fazer a revisão, colocá-la em consulta pública, onde tiveram 94 contribuições.
3745 Apresentaram na 25ª oficina de trabalho da RIPSA para colher subsídios, na oficina do 10º congresso
3746 da ABRASCO e conseguiram na época que a CGU e o MPOG se fizessem presentes para discutir a
3747 política porque a PNIIS possui uma ligação muito forte com a Lei de Acesso à Informação que é uma
3748 coisa recente e está muito afeta à CGU, que pede transparência e acesso ao cidadão e o Ministério do
3749 Planejamento é quem lidera a iniciativa do governo eletrônico brasileiro e, por isso também solicitaram
3750 que participassem. Na oficina em 2013 as duas reuniões do subcomitê serviram para recolher as
3751 contribuições, ajustar e revalidar as propostas que apresentaram no documento preliminar para
3752 aprovação dentro do colegiado do CIINFO. Começaram uma discussão no GT de gestão sobre grupo
3753 de informação e informática da CIT. A única coisa que não foi possível realizar em 2013 (o que foi
3754 desapontante, mas entendeu em função da agenda do Conselho) foi apresentar dentro do Conselho
3755 Nacional de Saúde. Desde agosto tentou entrar na pauta, mas infelizmente, em razão das outras
3756 prioridades desse colegiado, não conseguiu. Fizeram a pactuação dentro da CIT no final do ano.
3757 perspectiva para 2014 é a apresentação dentro do Conselho Nacional de Saúde do que é o documento
3758 e a que propõe, e a publicação por meio de uma Portaria do Ministro para que seja de fato um
3759 instrumento a ser seguido dentro dos planos regionais e estaduais e do próprio Plano Nacional de
3760 Saúde. Apresentou o documento explicando-o. e sua estrutura. Afirmou que e-gov e o e-saúde são
3761 dois aspectos importantes nessa política, além da lei de acesso à informação. Há no apêndice 2 uma
3762 vasta literatura que o grupo conseguiu reunir para dar sustentação técnica a qualquer questionamento
3763 ou informação que se julgue necessário em relação às referências nacionais e internacionais. Seu
3764 propósito é promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação a fim de
3765 melhorar os processos de trabalho em saúde e assim resultar em um sistema nacional de informação
3766 em saúde (SNIS) articulado e que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática
3767 profissional, a geração do conhecimento, e o controle social, garantido ganhos de eficiência e
3768 qualidade mensuráveis através da ampliação do acesso, qualidade, integralidade e humanização do
3769 serviços contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população. Está explícito
3770 dentro da PNIIS e, por isso deseja que seja aprovada, para garantir que esse propósito seja
3771 cumprido. Apresentou alguns princípios e diretrizes da PNIIS. Em relação aos princípios informou que
3772 olharam para dentro dos que já estão constitucionalmente dentro do SUS, a recente lei de acesso à
3773 informação e o governo eletrônico brasileiro que é uma iniciativa 2010 e o e-saúde, internacionalmente
3774 conhecido como e-health, que também é um iniciativa inaugurada em 2005 e reforçada em 2013 nos
3775 países. Em relação às diretrizes existem algumas muito claras em relação à governança,

3776 infraestrutura, conectividade, funcionalidades, segurança e gestão de pessoas, sustentabilidade de
3777 governança, responsabilidade institucional nos três níveis de gestão e falou-se um pouco do
3778 financiamento. Em relação aos usos da informação exemplificou alguns desses usos dentro do
3779 documento: gestão do sistema de saúde, gestão do cuidado, produção de informação científica e
3780 tecnológica, formação e capacitação de profissionais da saúde, controle social e o próprio cidadão
3781 como personagem principal. Os nove princípios da PNIIS são: informação em saúde para atenção à
3782 saúde do indivíduo e da coletividade; promoção da democratização das informações em saúde é dever
3783 das três instâncias gestoras do SUS; informação em saúde é elemento estruturante para a
3784 universalidade, integralidade e equidade social na atenção da saúde; descentralização dos processos
3785 de produção e disseminação da informação em saúde; atendimento às necessidades de
3786 compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais;
3787 preservação da autenticidade e integralidade da informação em saúde; gestão da informação em
3788 saúde integrada é capaz de gerar conhecimento; todo indivíduo tem direito à confidencialidade e sigilo
3789 e à privacidade de informação pessoal de saúde; acesso gratuito às informações da sua saúde pessoal
3790 é direito de todo indivíduo. Apresentou e-gov, um dos pilares da PNIIS. O Governo Eletrônico Brasileiro
3791 é uma política que começou em 2010. Tem como princípio a utilização das modernas tecnologias de
3792 informação e comunicação (TICs) para democratizar o acesso à informação, ampliar discussões e
3793 dinamizar a prestação de serviços públicos com foco na eficiência e efetividade das funções
3794 governamentais. Segue um conjunto de diretrizes que atua em três frentes fundamentais junto ao
3795 cidadão na melhoria da gestão governamental e na integração com parceiros e fornecedores. O que se
3796 pretende é a transformações das relações do governo com os cidadãos, empresas e entre os órgãos
3797 do próprio governo de forma aprimorar a qualidade dos serviços prestados; promover a interação com
3798 empresas e indústrias e fortalecer a participação do cidadão no meio do acesso à informação e uma
3799 administração mais eficiente. Suas diretrizes são: a prioridade do governo eletrônico é a promoção da
3800 cidadania; a inclusão digital é indissociável do governo eletrônico; o software livre é um recurso
3801 estratégico para implementação do governo eletrônico; a gestão do conhecimento é instrumento
3802 estratégico de articulação gestão das políticas públicas do governo eletrônico; o governo eletrônico
3803 deve racionalizar o uso de recursos; o governo eletrônico deve contar com um arcabouço integrado de
3804 políticas, sistemas, padrões e normas; a integração das ações do governo eletrônico com outros níveis
3805 de governo e os poderes. Isso é reproduzido em várias comissões técnicas, em iniciativas do Ministério
3806 do Planejamento. A expectativa de promoção e divulgação de softwares livres para que todos os
3807 gestores possam utilizar praticamente sem custo. Existem iniciativas para publicação de dados abertos
3808 em que os ministérios e outros órgãos possam utilizar o repositório. Hoje o Ministério da Saúde, por
3809 exemplo, envia dados ao Ministério do Planejamento para colocar dados abertas e dados
3810 georreferenciados que podem ser utilizados quer ministério, secretaria, qualquer gestor que podem se
3811 apropriar da informação e cruzar com seus próprios dados para fazer relatório ou mapas. Existe um
3812 comitê de internet em que os prestadores de serviço de usuário também participam validando as
3813 iniciativas do comitê da internet. Elencou de iniciativas porque achou muito interessante e por isso
3814 fez a propaganda do e-gov. Esse programa conversa com a PNIIS olhando as diretrizes e seu
3815 propósito. O grupo procurou trazer algumas diretrizes que estão relacionadas diretamente, quais
3816 seriam: implementar a política conforme as diretrizes do governo eletrônico brasileiro citadas; promover
3817 a articulação intersetorial para produção de software como bem público no interior da área da saúde;
3818 promover a articulação entre Ministério da Saúde, Ciência e Tecnologia e Comunicação para
3819 implementar infraestrutura para a área de informação informática em saúde; fomentar o
3820 desenvolvimento de metodologias e ferramentas para qualificação gestão e uso das informações em
3821 saúde; qualificar processos de trabalho considerando atividades de gestão da saúde e da gestão do
3822 cuidado. Outro pilar da PNIIS é o e-saúde, cujo conceito foi introduzido pela OMS em 2005 por meio
3823 de uma resolução que afirma que: e-saúde é o uso das tecnologias de informação e comunicação para
3824 a saúde. Alguns exemplos internacionais já apontam para o uso desse padrões de tecnologia na
3825 assistência ao paciente, na pesquisa, na educação e capacitação de força de trabalho em saúde, no
3826 monitoramento e avaliação da saúde. Essa resolução também pede para que os países-membro
3827 desenvolvam a infraestrutura de TICs voltadas à saúde para que seus benefícios estejam disponíveis
3828 universalmente com equidade e que os países promovam maior interação com setor privado e com as
3829 organizações de TICs sem fins lucrativos e busquem o seu apoio para esse desenvolvimento para
3830 determinar, com base em evidências, as normas e que os países ofereçam serviços de saúde
3831 adequados às necessidades da comunidade incluindo as mais carentes e vulneráveis; que os países
3832 mobilizem a colaboração multisectorial para determinar com base em evidências as normas e padrões
3833 do e-saúde; avaliem as atividades do e-saúde e compartilhem o conhecimento de modelos de custo
3834 efetivo de forma a garantir a qualidade, segurança, padrões éticos e respeito aos princípios da
3835 confidencialidade, privacidade e equidade da informação. Mesmo com a lei de acesso à informação
3836 tendo nascido no Brasil, já trazia dentro dela alguns princípios que já estavam sendo debatidos
3837 internacionalmente no e-health os quais estabeleciam um centro de redes nacionais de excelência
3838 para as melhores práticas de saúde, coordenação política, suporte técnico para assistência à saúde,

melhora dos serviços de informação ao cidadão, capacitação e vigilância e, por último, que os países implementem sistemas de informação eletrônica nacionais para a saúde pública para melhorar através da informação a capacidade de vigilância e resposta rápida às emergências em saúde pública. Destacou dentro das recomendações, diretrizes e composições do e-saúde, aquilo que a PNIIS buscou como diretriz relacionada a isso. O fortalecimento da informação e a informática em saúde, apoiando a sua organização, desenvolvimento e integração; atenção à saúde nas três esferas de governo; estabelecer o repositório de software com componentes da aplicação de acesso público em conformidade com padrões e protocolos de segurança; produzir e disseminar informações para usuários, profissionais, gestores, prestadores, controle social, instituições de ensino e pesquisa; promover estratégias e mecanismos para qualificar a promoção são em saúde; criar mecanismos de articulação institucional para integração dos sistemas de informação em saúde; estabelecer um padrão para a saúde que permita a construção de um registro eletrônico de saúde (RES) do cidadão. Das nações que possuem papel fundamental nessa parte do repositório de garantir a confidencialidade a comunicação entre os sistemas todos sabem dificuldade que o SUS ainda possui com vários sistemas sendo desenvolvidos em várias plataforma tecnológicas e várias concepções do que seria informação estratégica. Terminando as diretrizes, existe também: estabelecer a estrutura de telecomunicações adequada para estabelecer o registro eletrônico de saúde; estimular o uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação a distância, protocolos clínicos e programático de acesso eletrônico a literatura especializada. Existem várias experiências internacionais que tentaram buscar na implementação do e-saúde em que o paciente além de ter seu prontuário eletrônico para conhecer sua história clínica pode ter acesso automaticamente à literatura que fale sobre isso e passa a ser um co-participe do diagnóstico junto com o profissional de saúde, conhecer um pouco mais seus problemas de saúde e não ser um mero cliente do Sistema Único de Saúde e dos profissionais médicos. Quando for implementado qualquer um poderá ter acesso em qualquer lugar do país aos problemas de saúde e somente o próprio usuário, ninguém mais. E ao mesmo tempo poderá interagir com profissional médico ou enfermeiro de forma melhor, conhecendo a literatura que trata do assunto. Ainda são diretrizes: Estimular o uso de pesquisas, amostragens e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados; divulgar ações de ciência e tecnologia na produção de informação ligada à saúde utilizando diferentes meios de comunicação; implementar a estratégia de saúde como a organização do sistema nacional de informação em saúde; em relação à gestão, incentivar a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as atividades de gestão do sistema de saúde de gestão do cuidado; dotar a saúde de instrumentos legais normativos e organizacionais relacionados à segurança e confidencialidade da informação; implementar soluções de TIC que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde, ou seja também beneficia os trabalhadores de saúde; definir linhas de financiamento, investimento e custeio para desenvolvimento de projetos de TI articulado com agências financeiras; implementar ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de TI em saúde; fomentar o desenvolvimento de profissionais em informação em informática em saúde; adotar ações referentes à implementação desta PNIIS no processo de planejamento regionalizado em saúde, uma orientação de como implementar a política para que não seja apenas um documento teórico; incentivar a implementação de mecanismos de segurança de acesso ao sistema dados e informações de saúde que garantam sua autenticidade e integridade; garantir o desenvolvimento e implantação de SIS (sistema de informação em saúde) de base nacional ou estadual; contratação das comissões intergestores e; por último, estabelecer política de acesso autorizado aos dados, informação em saúde ao cidadão e aos gestores de saúde. Isso é mais uma vez uma inversão a história. Demostra que os sistemas de informação foram feitos muito mais para os gestores e agora com a lei de acesso à informação e do e-health internacional há uma mudança de paradigma para que um cidadão seja ator principal quando acessa suas informações de saúde. Diretrizes em relação à formação de pessoal para o SUS. Obviamente é um pedaços dos problemas de pessoal, mas também tem que ser pensada para esse promover a formação, a qualificação permanente, para o uso da informação e informática em saúde; incentivar os programas de educação permanente em saúde; para ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde; promover a articulação entre Ministério da Saúde, Ciência e Tecnologia e da Educação para inclusão de conteúdos na área de informação e informática em saúde nos cursos de pós graduação e de graduação. O documento é muito extenso e ele fez referência aos conceito e marcos teóricos para que explicar os três pilares de sustentação em relação à PNIIS o que são o e-gov e o e-saúde, a lei de acesso à informação e o peso que eles dão, não só à gestão, mas principalmente para troca de informação e acesso ao cidadão, no caso da saúde, principalmente os pacientes em relação à sua condição de saúde. O Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, abriu oportunidade para o debate. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**, representante da Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB), cumprimentou a todos, à mesa e os internautas, agradeceu a oportunidade de acompanhar apresentação e disse entender que as soluções de tecnologia da informação são a saída para que se possa avançar na qualidade do monitoramento e o trato dos problemas enfrentados. Pediu que falassem sobre estratégias de acessibilidade dos sistemas implementado, haja vista que ainda

3902 existe grande dificuldade de acesso ao sistema em outras políticas dificultando dessa forma a inserção
3903 de pessoas com deficiência. Outros sistemas do SUS e o peticionamento eletrônico no âmbito da
3904 justiça que não permite a pessoas com deficiência visual o acesso a determinados processos. Ainda
3905 existe um problema crônico de acessibilidade que o estado brasileiro tem dificuldade de enfrentar.
3906 Deixou a publicação para tratar em outro momento. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**,
3907 representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, solicitou esclarecimentos porque
3908 não pôde identificar nos dois textos (do plano operativo e da política) uma interface clara com a
3909 participação da comunidade do controle social. O Conselho de Saúde, por exemplo, só aparece no
3910 momento da aprovação da política. No plano operativo não aparece de forma alguma. Pode ser
3911 interpretado nos grandes eixos e diretrizes que os conselhos também podem usufruir quando trata de
3912 profissional, cidadão, gestão e governo no acesso à informação, mas gostaria de ter um item
3913 específico porque cada vez mais o sistema informatizado e os recursos de tecnologia informação são
3914 indispensáveis para as conferências e acompanhamento dos conselhos e há uma dificuldade muito
3915 grande de diálogo com o DATASUS para priorizar essas áreas e se isso estiver claro na política ajuda
3916 a priorizar porque a metade do SUS é assistência, a outra metade é participação da comunidade. Pelo
3917 menos é isso que a constituição prevê, e não 99% é assistência e 1% participação da comunidade
3918 como da impressão que às vezes passa. Sugeriu colocar numa das diretrizes “para proporcionar aos
3919 Conselhos de Saúde acompanhamento do SUS e participação da comunidade”, até porque essa é
3920 uma forma como a comunidade participa do SUS não só pelo conselho. No plano operativo
3921 “disponibilizar instrumentos e tecnologias para proporcionar aos conselhos ...” A Conselheira **Maria**
3922 **Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a mesa e o Dr. Gadelha. Afirmou ter uma formação em
3923 tecnologia da saúde, o que muito difícil para quem não é do meio, oferecida em convênio com o GHC
3924 Grupo Hospitalar Conceição e a FIOCRUZ. Disse que eles estão bem avançados e estar muito feliz em
3925 ver o esforço que o corpo técnico fez, mas preocupou-se com a proteção dos dados dos usuários.
3926 Pediu que fosse comentado brevemente algo sobre o cartão SUS e sobre as medidas de proteção
3927 para que os dados do usuário não seja de fácil acesso a todo corpo técnico que lida nas instituições.
3928 Comentou a importância desses dados disponibilizado em relação aos programas do Ministério porque
3929 muitas vezes há muita dificuldade de localizar no organograma o que é o que e a qual área
3930 corresponde, para se tornar bem acessível para que qualquer cidadão. Parabenizou a mesa. A
3931 Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, representante do Movimento Brasileiro de Luta
3932 Contra as Hepatites Virais – MBHV, exclamou que a área de informação lhe é muito cara por trabalhar
3933 com pesquisa de mercado de opinião, o que passa pela informação e pela credibilidade dos dados
3934 disponibilizados. Não teve tempo de fazer uma análise mais profunda. Afirmou que o país se depara
3935 com um problema crônico o que são as estatísticas. Os dados consolidados e cruzados para que se
3936 possa pensar melhor as políticas públicas. Perguntou leigamente se nessa proposta haverá melhor
3937 formatação e acesso às informações para que tudo que é gerado de informação esteja consolidado de
3938 fácil acesso pra que tanto leigos quanto conselhos profissionais de saúde consigam acessar e
3939 trabalhar a informação, maneira como se pode definir quais os rumos como serão tomados. Houve
3940 uma proposta em um encontro no Rio Grande do Sul sobre a questão da formação e qualificação dos
3941 profissionais de saúde e quanto isso é difícil. Disse estarem no mundo de Alice em Brasília, mas
3942 quando chega na ponta, no município, a realidade é muito dura. Os profissionais da secretaria
3943 municipal de saúde o que estão na UBS - Unidade Básica de Saúde não têm acesso à informação, ela
3944 não chega, não tem computador, não tem rede. Perguntou se essa maravilha que está sendo
3945 apresentada em termos de futuro (não sabe tempo para implantar) irá a contemplar de alguma forma o
3946 acesso nos três níveis de gestão, no município do Amazonas de população indígena, Atalaia do Norte,
3947 onde esteve na conferência distrital. Tudo é o acesso à informação e quando se pensa em dar melhor
3948 qualidade de vida usuário é preciso qualificar os profissionais de saúde (não é só um médico) em
3949 todos os níveis. A Conselheira **Luciana Silveira Bernardes**, representante da União Brasileira das
3950 Mulheres-UBM, parabenizou pela política nacional de informação e pela apresentação percebeu que o
3951 marco teórico se dá todo nessa última década, mostra que o Brasil tende a se modernizar. Percebeu o
3952 país numa encruzilhada: tem a política, a vontade política, mas falta condições para implementar. Viu
3953 como um avanço importante a elaboração de uma política nacional que irá melhorar a qualidade dos
3954 serviços voltados para a efetividade, eficiência e eficácia das políticas mas ela também precisa ser
3955 traçada junto a uma luta maior que o conselho faz: a questão do orçamento, infraestrutura e formação
3956 do trabalhador porque a política nacional da informação também é feita pelos trabalhadores que devem
3957 ser capacitado. Pensar na capacitação também é pensar na valorização do profissional. Hoje há
3958 profissionais, principalmente na atenção básica nas regiões que mais precisam. Os que mais precisam
3959 têm que contar com enfermeiros, técnicos, assistentes sociais e psicólogos. Muitas vezes esses
3960 trabalhadores são desvalorizadas. Citou como exemplo seu município de origem, Vila Velha, onde um
3961 técnico de enfermagem ganha menos que um agente de limpeza (novecentos reais) ou enfermeiro que
3962 estuda 4 anos e ganha menos que a pessoa que trabalha na segurança. Por essa razão afirma que é
3963 preciso trabalhar essa questão dos investimentos e da valorização, rever a política de renda do
3964 trabalhador e a política de informação permite desenvolver um planejamento para dar resposta às

necessidades de saúde da comunidade que muitas vezes trabalha sem evidências, uma prática que poderia ser transformadora e não consegue por falta de dados ou política deixa de ter efetividade. Este ano é definido com as eleições e disse esperar que o brasileiro possa dar continuidade ao desenvolvimento e mais investimento na saúde. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, cumprimentou a mesa e desculpou-se pelo atraso, mas havia convidado o DATASUS para apresentar a política em linhas gerais para Mesa Diretora. Ao mesmo tempo em que existe um trabalho que deve ser reconhecido sente falta de um balanço do patamar onde se encontra no momento pois a proposta tem uma concepção, uma estratégia e um propósito muito alto e quantos degraus teria que subir para chegar lá? Reconheceu o esforço de ter hoje o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), o cartão SUS o Programa de Inclusão Digital (PID), mas não consegue ver como isso se coloca. Afirmou ser bom isso ser uma política e não um programa. Exemplificou que o site do ministério é um terror como um lugar de informação e consulta e o do conselho também reproduz um pouco desta interpretação, que lugar do site expressa como Ministério irá se organizar e o desafio é cumprir o padrão internacional, a ousadia de envolver as três esferas do SUS e outras áreas de governo e outras estratégias de comunicação e informação do governo. Sentiu falta disso e acha que deve ser feito. Preocupou-se com indicadores que existem aquém da necessidade de gerar e alcançar esses objetivos. Quis ouvir o CONASS e o CONASEMS sobre o plano operativo e sua experiência. A impressão é que a política vai a patamar ideal e o plano operativo vai no patamar do possível. O cartão SUS e o PID são exemplos disso. Sentiu falta de uma estratégia de comunicação posto que deve ter a tecnologia da informação mas, nenhum programa do Ministério chega com uma estratégia clara de comunicação para alcançar o cidadão. Isso passa a impressão de que está sendo feito mais para a gestão do que para os usuários, e o controle social e ele deve ser um instrumento para controle social que deve saber como utilizar os instrumentos. A Conselheira **Julia Maria Santos Roland** cumprimentou as apresentações e avaliação realizada da política e decidiu falar sobre o programa de inclusão digital que dialoga com os conselhos de todo país, aprovado na 10ª Conferência Nacional de Saúde e que vem sendo implementado há algum tempo e como a Conselheira Luciana Silveira Bernardes colocou, as dificuldades em transformar em realidade as políticas e programas em um país continental como o Brasil são grandes. O DAGEP, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde tem feito esse esforço para implementar o programa que tem uma primeira etapa que ainda não conseguiram vencer que é dotar o conjunto dos conselhos de equipamentos mínimos indispensáveis para ter a conectividade: computador impressora televisão. E prevê também uma parte que é inclusão digital dos conselheiros de saúde para utilizar o equipamento e saber acessar os diversos sistemas de informação indispensáveis para que exerça com qualidade o seu papel no controle social. Isso é uma dificuldade. Tiveram uma experiência recente de implementação de um curso de educação à distância para conselheiros e viu que a inclusão digital é uma barreira porque não conseguiu preencher as vagas disponíveis. A segunda é uma dificuldade de conectividade que deve ser incluída dentro das preocupações. Tem feito inclusive em parceria informal dentro desses processos entre SGEP, DAGEP e DATASUS e os conselhos estaduais para elaborar um curso de inclusão digital de uma forma muito artesanal a partir de uma vontade da SGEP, do Conselho Nacional, dos conselhos estaduais e municipais, mas ainda com pouca articulação e estrutura para viabilizar. O Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, respondendo à provocação para gestão feita pela Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, relatou que já estava pensando pela ótica do conselho municipal de saúde e viu essa brilhante apresentação com todas as diretrizes e fundamentos da política nacional de informação e informática e ficou com a preocupação de quem opera sistema na ponta, porque é uma política extremamente importante para qualquer planejamento em saúde, tem que estar consolidada, ser fácil de ser utilizada para poder avaliar e planejar ações que irão implantar no território. Além disso, toda questão da informatização precisa ser discutida. Questionou como irá trabalhar todos os sistemas à disposição e à imposição, muitas vezes, do gestor e como está a situação do cartão nacional de saúde, do prontuário eletrônico. É preciso informatizar rede de unidades básicas de saúde constituídas no país inteiro desde a porta de entrada da recepção da unidade de saúde até o consultório médico, consultório de enfermagem, sala de vacina para que a informação possa servir como elemento organizador do sistema. Ter o vínculo do sistema de unidade de saúde com sistema de organização fazer o agendamento da consulta a data de retorno, agendamento de transporte, claro que isso vem a posteriori da definição da política, mas é preciso enxergar saber como está sendo discutido. Perguntou qual a situação do e-SUS, uma ferramenta importante para dar suporte a esses profissionais no interior, como o telesaúde, mas para que funcione precisa ter a informatização da unidade básica de saúde para o médico que está lá fazer consultoria com um especialista que está no Grupo Hospitalar Conceição em tempo real para poder discutir o caso do paciente para não precisar enviá-lo para consultar em Porto Alegre. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva**, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, disse também ter sido instigado a falar pela Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza. Parabenizou a equipe do Ministério da Saúde, reconheceu todos como bastante competentes e comprometidos com processo, que não é fácil. Não pode querer discutir

4028 informatização do país de 200 milhões de habitantes, com a dimensão e a diversidade que possui em
4029 cada região. O fato de pensar a política e fazer um esforço tremendo para tentar implementá-la já é
4030 elogiável. Conhece diversos países e em um deles, onde acho que estava tudo resolvido pelo grau de
4031 homogeneização que país possui, pelo tamanho do sua renda per capita e pelo grau de educação,
4032 ficou surpreso quando perguntou quantas das unidades de saúde estão informatizadas com sistema
4033 central online e a resposta foi 17%. Se esse país tem 10% ou menos das equipes de saúde que possui
4034 o Brasil e só chega desse ponto, imagina que é possível tentar trazer conectividade do sistema, dotar
4035 cada unidade de saúde de equipamentos suficiente e, o mais grave, criar cultura e dar capacidade
4036 para as pessoas que ali trabalham possam operar esse sistema. São 33000 equipes de saúde da
4037 família, 6 mil hospitais, 25000 equipes de saúde bucal. nNo é uma tarefa fácil por isso a preocupação
4038 do CONASS é ter o compromisso de querer fazer sabendo que tem um tempo para poder
4039 complementar e colocar isso de maneira universal. A primeira preocupação é que ainda falta uma
4040 interação dessa área do Ministério da Saúde com o Ministério da Ciência e Tecnologia. Disse não se
4041 conformar com o tanto de bilhões existente no FUST Fundo de Universalização dos Serviços de
4042 Telecomunicações, que é acumulado com a pretensão de qualificar a comunicação no país e não
4043 poder ser utilizado pelo Ministério da Saúde para fazer isso tudo de uma vez no Brasil. Ele tem uma
4044 finalidade, é retirado de um percentual das contas telefônicas para incrementar a comunicação no
4045 Brasil e poderia ser utilizado ir para dotar o SUS de uma forma universal e rápida. Há anos se fala
4046 disso e não consegue sequer saber o que pode ser feito. Outra questão é a dotação de unidades de
4047 saúde. É preciso criar a cultura de usar e para isso é preciso de gente, o que cai em outro problema
4048 grave. O Brasil tem 75% dos municípios com menos de 20 mil habitantes, onde o município que tem
4049 uma Secretaria Municipal de Saúde, um sistema para dar conta (não sabe dizer quantos sistemas de
4050 saúde existem mas são mais de 100 mais de 200). Como o município de 20 mil habitantes com a
4051 equipe da secretaria de saúde pequena, gente limitada, consegue dar conta de 200 sistemas de
4052 informação? É preciso racionar um pouco e parar de cada qual criar o seu. São apenas 27 estados,
4053 mas todos eles são alimentado pelos cinco mil e setecentos municípios. Colocou questões
4054 reconhecendo esforço mas é preciso entender dificuldade. Não é fácil fazer, mas está sendo feito, está
4055 evoluindo precisa casar recursos para dotar as entidades de conectividade, dinheiro pra comprar
4056 equipamento, criar a cultura nas escolas de saúde pública, criar uma área que permanentemente
4057 forme gente para e setor, um curso permanente de informação e informação informática para que tudo
4058 seja feito com a velocidade necessária e, quem sabe, ser tudo informatizado e acabar papel que é um
4059 desgaste, desmatamento desnecessário, informação atrasada, perdida, descontinuidade da
4060 informação. Tudo de ruim trazido pela burocratização em excesso. A Presidente do CNS, **Maria do**
4061 **Socorro de Souza**, afirmou ser necessário trazer o plano operativo em outro momento para dar o
4062 posicionamento das condições de viabilidade da política para implementação. Em relação à lei de
4063 acesso à informação o cidadão sem se reportado mais à 136 e normalmente ainda é uma elite que
4064 conhece o seu direito o que também tem outros interesses de pegar a informação para gerar outra
4065 coisa. Reconheceu uma coisa bem prática e simples: acompanhou todo nascimento do neto pela
4066 recepção do HMIB Hospital Materno Infantil de Brasília. Quem entrou para acompanhar o parto foi seu
4067 filho, ela acompanhou passo a passo do nascimento pela recepção no computador à disposição.
4068 Desde a equipe que estava na sala de parto acompanhando. Sabia se havia neonatologista, qual o
4069 procedimento estava sendo realizado em sua nora e o momento exato em que ele nasceu. Ficou muito
4070 emocionada porque realmente essa área tem avançado de forma muito veloz e essas facilidades de
4071 informática fazem diferença nos processos de qualidade. Disse que a segunda neta nasceu no
4072 Hospital Santa Maria, uma maternidade excelência, e a falta de informação deixou o povo tão
4073 indignado que queriam chamar a imprensa porque não havia informação da porta da maternidade para
4074 dentro, tamanho o desconforto que gerava. Coisas simples que mudam numa recepção de hospital ver
4075 o sistema informatizado com qualidade. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral de Gestão de
4076 Informação Estratégica – DATASUS/MS, **Paulo Eduardo Guedes Sellera**, começou dizendo que
4077 também é um otimista mas que o trabalho foi feito ao longo desse período com pessoas, além de muito
4078 otimistas, conchedores da realidade e dos ideais para onde querem seguir como política. Foi
4079 construída com a intenção de colocar em prática tudo que foi previsto. A diferença entre o que quer e
4080 o estágio que está será construído por todos para conseguir chegar ao ideal de tudo que foi comentado
4081 e está previsto na política, se entendem como necessária. Todos os pontos levantados e considerados
4082 importantes, conectividade, formação de pessoal, infraestrutura, acesso à informação universal e com
4083 equidade, dados seguros, comunicação entre sistemas de informação (que são os mais variados),
4084 controle social e educação à distância, racionalidade de recursos de informática, estão previstos na
4085 política. Concorda com o Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur de que é necessário uma mensagem
4086 mais forte ao controle social, apesar de estar permeado, não está especificado. Todos esses ideais
4087 são necessários e não se pode ficar esperando ter condições para implementar uma política pactuada
4088 como norma nacional e que todos devem perseguir. Uma articulação com Ministério da Ciência e
4089 Tecnologia é necessária para garantir conectividade em locais remotos. Um problema que não será
4090 resolvido pelo Ministério da Saúde, precisa de uma infraestrutura nacional por isso nas diretrizes está a

necessidade de interlocução com outros ministérios a formação de pessoal. A partir do momento que for aprovada todos devem seguir e vai da capacidade de implementação aos gestores. Nesse estágio é não é possível definir um prazo para a implementação pois política ainda não foi publicada depois ainda tem discussões internas na CIT e no Conselho de Saúde para estabelecer prazos e etapas definidas. O balanço não deve de ser necessário mas diferente da política, tem que fazer a prestação de contas do que está sendo feito. A política primeiro precisa ser aprovada e publicada para que todos os entes do SUS façam parte e briguem por ele como um instrumento transformador para todos os gestores, trabalhadores, prestadores de serviço, gestores, usuários. Muitas das colocações já estão sendo feitas hoje dentro do Ministério. O Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação – DATASUS/MS, **Paulo de Tarso Oliveira**, afirmou que os demais colegas conduziram o processo mas eles estão todos imbuídos do mesmo propósito. Comentou que em conversa com o Presidente da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), Rodrigo Assumpção, ele construiu uma imagem bem interessante sobre gestão da informação e da informática: “como nós já somos 7 bilhões de seres humanos e não vamos voltar para as cavernas isso é uma coisa inexorável da vida humana se não dermos conta disso não conseguiremos gerenciar o planeta em que vivemos”. Achou uma imagem provocadora. Não dá para voltar atrás da informatização, da informática porque não é possível fazer gestão de nenhum processo na sociedade hoje em dia sem isso. Essa política ajuda no sentido de ser um marco norteador. Como o Brasil é uma federação em que não há uma imposição do governo federal para os municípios nem os estados ela tem capacidade de guiar. Contou que foi conselheiro municipal de saúde em 1990, vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde de Belém representado a Central Única dos Trabalhadores e todas as informações que ele conseguia eram por ofício e o gestor da dava-lhe se quisesse. Era o ofício e o caderninho, a passeata e a greve na porta da secretaria. Hoje esse debate já é uma força e não somente desta gestão. O Ministério da Saúde tem 250 indicadores online que são disponibilizados para os municípios onde se pode acompanhar online, existe o portal da transparência com a ordem bancária do dia que caiu o dinheiro na conta do gestor municipal, do conselho, para pagar o agente comunitário, o médico. Tem o portal do Fundo Nacional de Saúde para os experts em epidemiologia tabwin e o tabnet onde quem quiser, com um pouquinho mais de assessoria, pode fazer cruzamento de dados e gerar informações estratégicas até como controle social para politizar o debate nos seus conselhos e nos seus fóruns. Independente da política, há esforço grande no cartão SUS, ainda que não esteja resolvido naquilo que se pretende que ele seja, mas o portal do cidadão é com certeza um avanço. O SUS tem vantagem e desvantagem: a vantagem é que todo mundo é “Ronaldinho”, atacante. Se for conversar todos são experts, o problema é juntar as expertises. Mesmo com todos os problemas irão encontrar gente muito inteligente, com técnicos inteligentes. O problema é gestão da informação produzir dados que são em profusão, como uma correnteza, uma avalanche. No entanto, o que são dados estratégicos para tomada de decisão e boas práticas do sistema de saúde é questão que está colocada. Dentro dessa política continuarão em profusão, mas o norte deve ser este. Concluiu afirmando os três problemas sérios: da acessibilidade que é necessário e fundamental, não é só para os deficientes, todos têm um problema para acessar o site do Ministério, por exemplo. Dinheiro para ter conectividade. Ele viaja muito pelo interior e disse ser engracado como o sindicato dos trabalhadores rurais todos têm. Em toda cidade que vai no interior tem duas coisas: a igreja e o significado dos trabalhadores rurais com internet. Então deve ser verificado o que fazer para ter internet que funciona nem que seja à rádio. É preciso aprender com boas práticas ver o que eles conseguem fazer que as unidades de saúde não conseguem. Outra coisa importante é a formação é a qualificação das pessoas para fazer a gestão da informação. Esses são os desafios e horizontes. Agradeceu os elogios e a consideração do Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur, reconhecendo que está no texto, mas precisa estar explícito o que ajuda a construir aliança. O Diretor do DATASUS/MS, **Augusto Cesar Gadelha Vieira**, disse ser ótimo chegar a esse ponto de ter uma política na era da informação informática da saúde. Essas diretrizes colocadas no documento respondem a boa parte das angústias em termos de direcionamento. É preciso fazer muito para se transformar o direcionamento em realidade. A questão da implantação do sistema e-saúde no Brasil inteiro é complexa, existem vários ângulos, investimentos maciços, uma organização, uma articulação de governança muito bem estruturada. Muita coisa já foi feita nesses anos. Montou-se uma base de dados do cidadão brasileiro e agora estão higienizando. Acabaram de montar base de dados de toda cidade de São Paulo. Está servindo pra muita coisa. Tem 20 milhões de registro e reduzir o risco para estão reduzindo para 13 milhões. É um passo importante. Fizeram isso com a Agência Nacional de Saúde. Tudo isso são bases para construir algo que é a integração do sistema de saúde e a individualização do serviço de saúde. Essa dificuldade se vê em todo o mundo. Os Estados Unidos estão investindo 40 bilhões de dólares para fazer o que e-saúde deles em 2 ou 3 anos, mas o Brasil não tem 40 bilhões de dólares e por essa razão será em um tempo um pouco maior. A Inglaterra já está há mais de 10 anos tentando formalizar o e-saúde. Tiveram grandes problemas e precisaram recomeçar todo processo. Essa discussão que ocorreu nos últimos dois anos sobre a PNIIIS, o cartão SUS, o e-saúde já foi feita com a comunidade. Muitos pontos delineados pela Organização Mundial de Saúde já estão adiantados. A questão colocada por Paulo de

Tarso Oliveira é muito interessante. O mundo hoje é extremamente complexo e a informática, sem dúvida, contribui para lidar com essa complexidade. Os países que estão avançados nessa área possuem vantagem competitiva. Há alguns anos visitou o centro de pesquisa da IBM na Califórnia e eles diziam que hoje já têm a capacidade computacional para resolver 99% dos problemas da humanidade. 1% são problemas extremamente complexos que incluem a questão da área de saúde e de meteorologia. Eles agora focam não mais no desenvolvimento de máquinas, mas sim no desenvolvimento de soluções inteligentes para áreas de todos os setores. Afirmou que a área de saúde é a última grande vertical de TI em que a TI entrou tardiamente na saúde. Outras áreas são totalmente informatizadas como é a financeira, a administrativa, o comércio eletrônico, e a saúde é a última grande vertical em que a informatização precisa ser implementada porque é complexa. Ela realmente auxilia no atendimento e racionalização dos custos. Essa dificuldade deve ser enfrentada. Não é um caminho fácil, é preciso de muitos recursos, investimentos, vontade política, continuidade de ações, governança bem estruturada. Parabenizou Paulo Eduardo Guedes Sellera pela condução da coordenação de todo esse processo da PNIIS e sobre dar conta da diversidade de opiniões, sintetizar as várias contribuições. O tempo de maturação é de não menos que cinco anos, nas condições atuais pode e levar até 10 anos para ter uma estrutura, o que depende muito da infraestrutura não só computacional das unidades de saúde, mas também da conectividade o que é problema mesmo nas grandes capitais. Em qualquer outro lugar do mundo é melhor. Acaba de ser feita a assinatura do contrato para conectividade de 13 mil unidades básicas de saúde com recursos do Ministério da Saúde através de uma licitação conduzida pelo Ministério das Comunicações, depois de quase um ano e meio de negociação. É uma determinação do governo, principalmente da Presidenta Dilma Rousseff, de incluir as unidades de saúde dentro de um plano de banda larga que se chama de PNBL 2. Além dessas 13000 unidades também está no Ministério das Comunicações a conectividade das cidades digitais para área de saúde. Todas as unidades de saúde nas cidades digitais (mais de duzentos e vinte que estão sendo projetado primeiro momento) deverão estar conectadas. Quando foi discutido o primeiro plano nacional de banda larga não foi colocada a questão da saúde. Estava presente a educação e o foco foi a conectividade através de uma troca de obrigações das concessionárias para colocar as unidades de ensino dentro do plano nacional de banda larga fazer com que elas tivessem conectividade. Há reconhecimento de que agora é necessário fazer o mesmo esforço para as unidades de saúde. Não há uma troca de obrigações das concessionárias como tiveram na educação (o que facilitou muito a conectividade das escolas porque em vez de fazer os orelhões trocaram pela conectividade com as escolas). Hoje não há mais essa moeda de troca. já há orientação para que todas as unidades de saúde sejam conectadas nos próximos 4 ou 5 anos. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** pediu um aparte para dar o exemplo que isso é possível em uma cidade de 50000 habitantes com três mil e cem quilômetros de área e que há 5 anos é coberta por rede de cabo óptico com cooperação da Microsoft. O Diretor do DATASUS/MS, **Augusto Cesar Gadelha Vieira**, disse que a iniciativa local é importante, em várias cidades se pode fazer. Existe essa construção dos anéis de cabos ópticos. É uma iniciativa que cabe ao estado, ao município e à União Federal, mas é preciso celeridade porque já estão perdendo tempo nessa corrida relativa à conexão. Em relação ao FUST disse que é um Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações feito pela legislação para cobrir as despesas das concessionárias ao fazer suas obrigações e no meio desse processo o governo disse que dinheiro não era das concessionárias, mas dele e criou um dilema jurídico que até hoje nem o Supremo Tribunal Federal conseguiu resolver. Deve ter mais ou menos 15 bilhões, mas como o Guido Mantega disse em uma reunião, isso é uma questão contábil: se tiver que usar os 15 bilhões terão que tirar de algum lugar do orçamento da União. Essa é uma briga constante que área de educação tentou e não conseguiu. É reconhecida nas diretrizes da PNIIS a privacidade, uma preocupação constante em dar garantia de que somente o cidadão terá acesso a suas informações de saúde e terá que dar autorização. Esse é o espírito da construção do Portal de Saúde do Cidadão e na época houve uma discussão sobre as dificuldades de ter acesso ao portal pela necessidade de uma senha. Exatamente pela preocupação da privacidade é que foi exigido que a pessoa vá à unidade de saúde, se identifique e somente ela possa ter acesso. A questão dos recursos humanos sem dúvida é fundamental. O Ministério da Saúde está fazendo um esforço para remodelar o site, responsabilidade da assessoria de comunicação porque o DATASUS fornece apenas a infraestrutura. Ele precisa ser amigável e ter acessibilidade. As questões colocadas pelo Conselheiro Carlos Eduardo Ferrari sobre a importância de acessibilidade a todos os sistemas de saúde deve ser uma preocupação pois é exigido em lei e irão implantar isso todo esse processo. Afirmou que tem investido muito no BI business intelligence, ferramentas utilizadas para tornar a informação mais amigável. Informou que estão realizando uma pesquisa para levantar grande quantidade de dados em saúde para análise de tendência e fazer com que esse acesso à informação seja fácil para o cidadão. Inclusive o tabnet é muito bom para o pesquisador de saúde, mas ele precisa ter uma interface amigável com cidadão para que ele possa encontrar as respostas sobre a saúde do país de uma forma mais clara e direta, melhor consolidada. Fizeram um contrato com a empresa MicroStrategy. Finalizou reconhecendo que o caminho é difícil e longo, mas estão se esforçando para fazer com que as coisas aconteçam. O

4217 Coordenador Geral de Análise e Manutenção – DATASUS/MS, **Maurício Bucciolli Guernelli**, falou
4218 que a política nacional é muito importante por um fato muito simples: dar visão do que é preciso fazer,
4219 definir a missão de uma construção consistente dessa política, determinar o futuro do país com relação
4220 à informação e informática. Afirmou que o país está em um momento muito importante com relação ao
4221 futuro. Concordou com a questão de que a informação e informática é inexorável à condição humana
4222 de hoje, tão necessária quanto a saúde e educação. Colocou que a questão do orçamento que foi às
4223 vezes fica relevada a um segundo momento se não houver um esforço claro e que deve haver um
4224 orçamento fixo para manutenção dessa informatização nos municípios. É muito fácil comprar um
4225 computador mas a política precisa ter sustentação ao longo de 20 anos no plano orçamentário. O
4226 Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** afirmou que para manter um hospital ano depois da construção
4227 são gastos 110% do valor da obra só para o custeio. Perguntou se existe um estudo desse na
4228 informática. O Diretor do DATASUS/MS, **Augusto Cesar Gadelha Vieira**, respondeu que a
4229 manutenção de software hoje é de 20 a 30 por cento e na área de hardware chega 40%. Um
4230 datacenter de um hospital requer hoje para a manutenção dos hospitais federais 11 milhões para a
4231 equipe de TI, manutenção da sala cofre, da rede, dar suporte (help desk). Tem que ser pensado no
4232 orçamento de manutenção mas as expectativas no mundo inteiro é de o retorno do investimento é
4233 positivo. Esteve com a ministra da saúde da Dinamarca em um evento nos Estados Unidos e ela disse
4234 que hoje está diminuindo o tamanho dos hospitais para usar esses recursos na informatização porque
4235 consegue ter menos leitos. Colocada em votação a PNIS foi **aprovada com uma abstenção do**
4236 **Conselheiro Abrahão Nunes da Silva**. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, destacou
4237 que esse ponto de pauta teve uma qualidade relevante e achou importante colocar novamente em
4238 pauta para participação da maioria, mas não tirou o nível do debate colocado uma oportunidade ímpar
4239 as informações trazidas principalmente o panorama internacional trazido ao final por Augusto Cesar
4240 Gadelha Vieira e as contribuições para o estado da arte. É preciso conseguir retomar a importância da
4241 política e o patamar para o Brasil e garantir um lugar melhor para os estados e municípios e pensar
4242 mais adiante uma oportunidade de fazer uma oficina de capacitação. Insistiu que no plano operativo
4243 deve haver uma opção política financeira do ministério para que a Presidente reconheça, valorize e
4244 aposte. O Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** informou que o CONASS já está realizando a oficina
4245 nos estados sobre o uso do Tabnet e deve ser entendida a necessidade de uma escola para fazer isso
4246 permanentemente, pois a avaliação foi perfeita em todos os estados. Fez o encaminhamento para a
4247 encaminhar um documento para utilização do dinheiro do FUST porque é muito dinheiro perdido e com
4248 um pouco desse recursos resolveria todos os problemas de uma vez. O dinheiro está guardado com
4249 essa finalidade e não faz sentido ficar no cofre. Um documento deve ser feito pelo menos para
4250 incomodar. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** justificou sua abstenção porque não acompanhou
4251 toda a discussão pois teve que sair e por ser uma questão muito polêmica se absteve da votação. O
4252 Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação – DATASUS/MS, **Paulo de Tarso Oliveira**,
4253 agradeceu em nome do grupo e colocou-se à disposição para vir ao CNS quantas vezes forem
4254 solicitados. O Conselheiro Arilson da Silva Cardoso agradeceu a presença dos convidados e encerrou
4255 esse ponto de pauta. **Encaminhamentos: aprovada a Política Nacional de Informação e**
4256 **Informática do SUS com uma abstenção do Conselheiro Abraão, devendo haver a inclusão**
4257 **explícita do controle social. Encaminhar um documento solicitando os recursos do FUST**
4258 **(Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações) para a informatização e**
4259 **conectividade da saúde com orientação do DATASUS.** O Plenário cantou parabéns para o
4260 Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur. **Inversão de pauta.** Foi retomado o item 6. **ITEM 06 -**
4261 **INFORMES E INDICAÇÕES.** Apresentação: **Márcio Florentino Pereira**, Secretário Executivo do CNS.
4262 Coordenação: Conselheiro Arilson da Silva Cardoso, Mesa Diretora do CNS. O Secretário Executivo
4263 do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, iniciou a apreciação das indicações. A primeira indicação foi um
4264 convite da sociedade brasileira de profissionais em pesquisa clínica para um debate sobre o encontro
4265 nacional de profissionais de pesquisas clínicas em São Paulo com o tema “a visão dos usuários sobre
4266 atuação da ANVISA e o sistema CEP/CONEP no controle das pesquisas do Brasil”. Consultar o
4267 Conselheiro Nadir Francisco do Amaral que reside naquela cidade e ainda é conselheiro posto que
4268 ainda não foi formalizada sua substituição. Aprovada a indicação. Em seguida foi apresentado um
4269 convite para a Conselheira Verônica Lourenço da Silva participar do V Fórum Jared Viana sobre
4270 violência contra mulher em Maceió de 15 a 18 de março como debatidora pelo Conselho Nacional.
4271 Aprovada a indicação. Por último ANVISA solicita a indicação de 2 novos representante do Conselho
4272 Nacional de Saúde para constituir o Conselho Consultivo da ANVISA. Os dois representantes
4273 anteriores eram João Rodrigues Filho e o suplente era Eurídice Ferreira de Almeida. É proibida a
4274 recondução. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, solicitou que na próxima reunião
4275 sejam apresentados os objetivos desse comitê para fazer a discussão. A ANVISA deve ser objeto de
4276 bastante discussão desse plenário, as relações políticas onde estão perdendo espaço importância
4277 considerando o papel que essa agência já desenvolveu. Sugeriu que, se o prazo permitir, esse assunto
4278 seja tratado um pouco melhor para definir e orientar como será a missão do conselheiro que for
4279 escolhido para compor. Existem muitas áreas (a de agrotóxico é extremamente preocupante). O

4280 Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, colocou em votação a sugestão da
4281 Presidente do Conselho para adiar a decisão sobre a representação da ANVISA que foi aprovada. A
4282 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** informou que o Fórum dos trabalhadores já tem um nome
4283 para indicar. O Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, informou ir a circular a
4284 informação para que todos tomem conhecimento dos objetivos e decidam na próxima reunião. Abriu os
4285 minutos finais para informes. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que o
4286 Conselheiro Richarlls Martins assumiu um compromisso em nome do Conselho que encerra em maio
4287 no seminário da convenção nacional das populações em desenvolvimento e assim achou melhor não
4288 mexer na representação dos em CNS nesse momento. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** informou
4289 quem foi convidada indicada pelo Conselheiro Richarlls Martins para palestrar sobre direitos sexuais
4290 direitos reprodutivos. O debate foi a agenda de Cairo e os conceitos de Montevidéu e o encontro da
4291 CPD Comissão sobre População e Desenvolvimento que haverá em Nova Iorque. Trataram da
4292 possibilidade da sociedade civil incorporar a comitiva brasileira. Não souberam informar precisamente
4293 quantas pessoas poderiam compor, mas que algumas entidades que terão voz e direito à participação
4294 na ONU e a ABGLT tem esse direito e abre espaço para as entidades que quiserem compartilhar. o
4295 encaminhamento foi não permitir o retrocesso agenda de cairo e montevidéu. A Conselheira **Eurídice**
4296 **Ferreira de Almeida** completou que seu acompanhamento foi feito através de alguns informe enviado
4297 por e-mail pelo Conselheiro Richarlls Martins porque na época da indicação ele ficou na titularidade ela
4298 na suplência. Essa foi a primeira e única vez que participou, a convite de uma entidade que financia
4299 fórum. A discussão foi muito boa ficou uma grande preocupação porque o fórum de entidades de 34
4300 países africanos sugeriram uma agenda que retroage todos os avanços dentro do que estava sendo
4301 discutido nas últimas agendas de Montevidéu e Cairo, mas ficou definido que não haveria retrocesso.
4302 Também trataram da participação da sociedade civil no fórum e a proposta é levar o maior número
4303 possível de pessoas na delegação brasileira para manter os avanços alinhar com o Uruguai quem tem
4304 uma afinidade maior dentro das políticas. Foi solicitado para que as pessoas que tivessem uma
4305 interface com os ativistas da área fizessem essa articulação para manutenção dos avanços e depois
4306 discutiram questões técnicas do número de pessoas de cada setor do governo que iria compor a
4307 delegação. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** ressaltou que o mais importante da sua participação
4308 no seminário foi a oportunidade de poder fazer um diálogo da questão de gênero com a grande
4309 maioria das mulheres feministas presentes para discutir o gênero não só mulher, mas também da
4310 identidade de gênero e a reprodução assistida para as mulheres e homens transexuais. Foi muito
4311 debatida assistência e acolhida das mulheres no sistema de saúde, as políticas que estão sendo
4312 implementadas. Retificou a informação do dia anterior sobre os 65 postos de atendimento informando
4313 que são mais de 200 lugares que atendem as mulheres dessa política. Em resposta ao
4314 questionamento da conselheira Verônica Lourenço da Silva, o Secretário Executivo do CNE, **Márcio**
4315 **Florentino Pereira**, afirmou que o comitê de enfrentamento ao tráfico de pessoas entrou em contato
4316 com conselho que levará à mesa diretora na próxima reunião. **Encaminhamentos: aprovada a**
4317 **indicação do Conselheiro Nadir, conselheira Verônica, adiamento da decisão sobre ANVISA.**
ENCERRAMENTO – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino**
4318 **Pereira**, agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da 254^a Reunião Ordinária do CNS.
4319 Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares – Abrahão Nunes**
4320 **da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de
4321 Saúde (CEBES); **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
4322 CONASEMS; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos**
4323 **Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Cleoneide Paulo Oliveira**
4324 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clovis**
4325 **Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Torreão Corrêa da**
4326 **Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –CFFA; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das
4327 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de
4328 Saúde – MOPS; **Geordecy M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**,
4329 Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de
4330 Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
4331 (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;
4332 **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena -
4333 FPCONSIDI; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Luis**
4334 **Felipe Oliveira Maciel**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Márcia Patrício de Araújo**,
4335 Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**,
4336 “**Santinha**” Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do**
4337 **Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria**
4338 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,
4339 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das
4340 Associações de Pessoas com Doenças Faciformes – FANAFAL; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
4341 Federal de Nutricionistas (CFN); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde,
4342

4343 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS; **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira
4344 de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Raimunda Nonata Carlos Ferreira**, Conselho Federal de
4345 Serviço Social – CFESS; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da
4346 Confederação Espírita Pan-Americana – CEPA Brasil; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de
4347 Lésbicas e **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
4348 CONAM. **Suplentes** – **André Luis Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde – MS; **Cleuza de**
4349 **Carvalho Miguel**, Movimento do Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Eurídice Ferreira de**
4350 **Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino
4351 Superior Públicas do Brasil-FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de
4352 Travestis e Transexuais – ANTRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos
4353 – FENAPSI; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –
4354 COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da
4355 Força Sindical – SINDNAPI; **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
4356 **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Naum de**
4357 **Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Júlia Maria**
4358 **Santos Roland**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de
4359 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
4360 Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Luciana Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-
4361 UBM; **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP;
4362 **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria**
4363 **do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores no Sistema Único de Saúde – UNASUS;
4364 **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais –
4365 MBHV;; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras –
4366 AMNB; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.