



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

CONASS, Wilson Alecrim, tiveram uma conversa com o Ministro que lhes solicitou atenção com as conferências de saúde. Talvez a lentidão seja um reflexo do que acontece nacionalmente com as conferências, sendo uma oportunidade de sanar falhas do passado e não só atribuindo à gestão. Para isso é preciso analisar os problemas para preparar a grande conferência de 2015 e fortalecer o processo do controle e da participação social. O Conselheiro **Wilson Valério da Rosa Lopes** saudou a todos e parabenizou a comissão pelo trabalho e falou em defesa das conquistas e direitos dos trabalhadores mas reconheceu os limites e pressões que enfrentam em seu local de trabalho do atendimento e da gestão que deve ser reconhecido nessa conferência para ver de outro patamar essas relações num país com baixa taxa de desemprego. Disse acreditar que o atraso de alguns estados em relação à aprovação do decreto reflete as dificuldades do controle social, como disse o Conselheiro Jurandi Frutuoso Silva. Por isso a conferência deve ser um marco aprimorando a relação trabalho-desenvolvimento-saúde e o CNS precisa aproveitar isso no âmbito dessa 4ª CNSTT pra olhar o país que se deseja e construir coletivamente no controle social e na gestão e com o usuário do SUS. O Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro**, representante da Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e compartilhou sua preocupação com os dados apresentados em relação aos estados atrasados com o processo de organização, especialmente no Rio de Janeiro que apresenta na tabela dos municípios participantes das macrorregionais apenas quinze por cento (catorze dos noventa e dois) municípios existentes, estando excluída uma região importante como a Baixada Fluminense, muito complexa no trato do trabalho com os profissionais de saúde, a metrópole de São Gonçalo localizada na Metro II, e a grande região serrana. Fez apelo à comissão estadual e ao CNS visando o fortalecimento da participação dos trabalhadores que está colocada com sub-eixo. Outra preocupação é que Borba, no estado do Amazonas, já realiza no dia seguinte a sua conferência regional e não há informação sobre a publicação do texto orientador dessa etapa. Colocou à disposição o site da Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP do Rio de Janeiro e da federal para contribuir na divulgação da conferência. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, representante da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB, disse já ter sido contemplada nas outras falas, mas tem dúvidas em relação à estrutura das comissões organizadoras nos municípios para saber a quem deve recorrer, acredita que o site dá conta de certa forma, mas deve haver um formato de comunicação imediato, como citou a Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca, para ampliar a divulgação porque os trabalhadores comuns não sabem sequer o que é a conferência, providenciar uma base e levar às organizações para divulgação. Questionou como estão sendo articulados os temas transversais, como a orientação sexual, racismo institucional, a questão de gênero e como está sendo a participação dos gestores (responsáveis por implementar o que for colocado). Deve haver um fortalecimento da fase local, pois muitos trabalhadores não chegarão à etapa nacional. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, representante da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e parabenizou a comissão organizadora. Disse que já foi contemplada em algumas falas, especialmente a da Conselheira Ivone Evangelista Cabral, sobre a atenção primária e prevenção da saúde do trabalhador e falou sobre a necessidade de envolvimento das Instituições de Ensino superior, como mencionado pela Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, na reunião dos usuários, para trabalhar os temas dentro das grades curriculares e dos próprios funcionários das instituições para a prevenção de doenças como LER, DORT e outras de grande incidência. Parabenizou o envolvimento dos outros ministérios, mas talvez fosse cabível incluir o Ministério da Educação e o Ministério Público, que já possuem várias ações conjuntas com o CNS. Perguntou como será trabalhada a questão da segurança alimentar e nutricional, o que faz parte da saúde do trabalhador. Colocou-se à disposição para apoiar enquanto conselheira municipal de Fortaleza e estadual do Ceará. **Paulo Humberto Gomes da Silva** presidente do conselho estadual do Rio Grande do Sul, esclareceu a questão trazida pelo conselho municipal de Porto Alegre dizendo que recebeu a denúncia, mas precisa verificar o conteúdo para responder. Disse não ser verdade a retirada de um participante do conselho municipal, porque teve o cuidado de verificar no dia anterior e o nome da pessoa estava listado. Com referência à saída da conferência macrorregional de Porto Alegre, afirmou que estava sendo discutida há dois meses e ainda não possuía comissão organizadora e a avaliação é que não seria feita disputa política, pois a conferência é maior que isso. Houve uma reunião no início do mês de fevereiro com a representação estadual e municipal e o gestor municipal respondeu que não tinha confiança administrativa e política de que a conferência se realizaria. Por não querer correr o risco de não realizar a conferência devido ao compromisso da comissão estadual, definiu em três horas com o município de Novo Hamburgo a realização de forma gratuita. Disse que ainda existem dois municípios com problemas políticos, e que se for necessário irão alterá-los também. O Conselheiro **João Rodrigues Filho** cumprimentou a todos e informou que sua entidade está divulgando a conferência e que foi iniciado no dia anterior no centro de treinamento da CNTC um evento sobre saúde e segurança do trabalho e sobre a conferência com cerca de trezentos e trinta participantes de todas as entidades sindicais de base, segundo grau, 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 Geordecio 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 bilmop do movimento reivindicatório de promessas do governo não cumpridas, como a jornada das trinta horas para os trabalhadores da saúde. Disse que já contactou 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 Geordecio Menezes de Souza e João Rodrigues Filho e a comissão organizadora e opinou que a 4ª CNSTT deve ser assumida com afinco 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 na agenda do Sistema Único de Saúde. Enquanto secretária do FENTAS solicitou a disponibilização de um estande para a entidade na 4ª CNSTT (como na 13ª e 14ª 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 contínuo 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 cerimonial 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 de 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@saude.gov.br](mailto:4cnstt@saude.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 **Geordecio Menezes de Souza** respondeu ao Conselheiro Clovis Adalberto Bouffleur 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

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



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

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

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

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

por algum impedimento. Perguntou qual esforço será feito para ir ao parlamento e qual é o grupo que irá cuidar disso para poder mobilizar as bases, pois as pessoas que se deslocam para participar das reuniões se frustram em razão da pauta ser desmarcada, pois não entendem, nem tem obrigação de entender como se dá a disputa política desse campo. Mas é obrigação do CNS explicar como funcionam para que eles compreendam e façam a luta continuar. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, ressaltou a importância dessa última fala já que vive-se no dia-a-dia uma agenda intensa no espaço nacional. A Mesa Diretora se reúne duas vezes por mês, o Pleno uma vez, ainda tem as reuniões das comissões, mas a Câmara e o Senado se reúnem de duas a quatro vezes por semana. A demanda é grande e num tempo político que não é o tempo organizativo do Conselho. Muitas vezes é preciso ajuda dos conselhos estaduais, municipais mais próximos de Brasília para mobilizar e colocar uma boa representação nesses espaços e nem sempre o tempo de organização e condição financeira favorecem a expressão e legitimidade para ocupá-los. A realização de alguns seminários dentro do Congresso Nacional precisa ser definida até a jornada das comissões. Essa estratégia de fazer grandes mobilizações de rua e atos políticos em frente ao Congresso tem enfrentado um embaraço. A entrada em certos espaços está sendo permitida de acordo com a pauta, a relação de forças e interesses. E pela pauta da saúde haverá mais barreiras que permissões. Desse modo, precisa-se pensar em outra estratégia e uma das proposições é a realização de seminários articulados com algumas comissões e parlamentares para qualificar e politizar o debate e fazer o corpo a corpo do convencimento. Relatou terem aprendido muito com o Movimento Saúde + 10. Em relação às falas, respondeu que o PL que trata das carreiras médicas sofreu uma proposição para estender a todos os profissionais de saúde do SUS pela Senadora Vanessa Grazziotin. É preciso trazer destaque, inclusive na presença do Ministro, e se apropriar do conjunto das proposições dos conselhos e entidades profissionais que tramitam naquela casa. Entendeu que cabe um seminário dentro do Congresso Nacional sobre o tema para discutir a carreira dos profissionais de saúde dentro do SUS, para discutir que profissionais o controle social quer, somar e reforçar o fortalecimento do SUS. Na jornada das comissões a estratégia tem que ser pensada para esse conjunto de projetos de lei. Também é preciso se informar sobre a discussão do piso nacional para os agentes de saúde, que foi uma das últimas pautas em debate no final de 2013, tendo em vista que não houve acordo para decidir se a Presidenta iria vetar alguma parte e a votação foi adiada. As entidades médicas comunicaram de maneira informal que decidiram voltar ao Conselho Nacional de Saúde. Aguarda-se a formalização do presidente da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), e da Associação Médica Brasileira (AMB), entidades que já se posicionaram decidindo internamente que retornam a compor o CNS. Ainda não há posicionamento do Conselho Federal de Medicina. O Conselheiro **José Naum de Mesquita Chagas**, representante da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), questionou se nesse caso eles já teriam perdido a vaga devido às inúmeras faltas às reuniões do pleno do CNS pelo regimento. Ao que foi explanado pela Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, que seria preciso verificar, mas que a questão é mais política que regimental. O ofício que enviaram na época da tensão relativa ao ato médico e ao Movimento Mais Médicos fazia referência às comissões, um tanto dúbio no sentido de dizer que saíram de tudo. Foram convidados para a reunião da Mesa diretora que antecedeu ao Pleno, mas não compareceram e aguarda-se a posição formal. O CNS precisa saber o que quer com eles nesse espaço e eles o que querem. Ao final informou que entidades do Movimento Saúde + 10 foram convidadas para participar da reunião com o Ministro da Saúde para colocar peso nessa pauta e criar um fato político. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que nesse dia e no próximo aconteceriam duas audiências públicas muito importantes no MEC sobre as diretrizes curriculares do curso de medicina e dos editais das instituições de ensino superior que serão candidatas a oferecer esse curso. Ela participará e por isso estará ausente, pretendendo retornar assim que terminarem as atividades. Informou que o documento base para a reunião do dia seguinte com os representantes do MEC seria o art. 200 da Constituição, a Lei nº 8080/1990 e a Resolução nº 350/CNS, debatendo os novos marcos regulatórios do MEC em que o CNS não está incluído. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, lembrou a importância da audiência pública para esse debate, sendo a oportunidade de reafirmar para o MEC que a discussão dos cursos de medicina possui relação direta com o setor saúde, não só com a educação, e essa é uma oportunidade de rever uma contradição histórica. O CNS não pode ficar emitindo parecer em razão de uma urgência do país sem pensar no futuro que é a qualidade do curso de medicina e dos outros cursos da área da saúde.

**Encaminhamentos: As comissões devem acompanhar a agenda parlamentar relacionadas a seus temas.** Com esse pronunciamento, a mesa encerrou o debate e fez uma pausa para almoço, retornando no início da tarde com o próximo item de pauta. **ITEM 3 – FINANCIAMENTO DO SUS, PERSPECTIVAS PARA 2014 – SAÚDE +10 - Apresentação: Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; **Francisco Rózsa Funcia**, Consultor Técnico da Comissão Intersetorial de Financiamento e Orçamento – COFIN/CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. O Coordenador da COFIN, **Ronald Ferreira dos Santos**, iniciou cumprimentando os presentes e 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)  
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)  
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 integrarem 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

941 pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e  
942 fortalecendo as ações de promoção e prevenção. VII - Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde  
943 Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as  
944 medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais. VIII -  
945 Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das  
946 relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde. IX - Implementar novo modelo de  
947 gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão  
948 participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. X - Qualificar  
949 instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. XI -  
950 Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS. XII - Fortalecer o complexo industrial e de  
951 ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de  
952 desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da  
953 assistência farmacêutica no âmbito do SUS. XIII - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde  
954 suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor  
955 saúde. XIV - Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como  
956 compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes  
957 da Política Externa Brasileira. XV - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de  
958 forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais. XVI - Contribuir  
959 para erradicar a extrema pobreza no país. Artigo 3º Se vigorar para 2015 a exigência prevista no  
960 parágrafo 1º do artigo 52 da Lei nº 12919, de 24 de dezembro de 2013 (que dispõe sobre as diretrizes  
961 para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências), referente à  
962 execução orçamentária e financeira obrigatória das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária  
963 aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista  
964 no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, com a metade desse percentual destinada a ações e  
965 serviços públicos de saúde, as despesas executadas para cumprir essa última exigência deverão ser  
966 computadas como aplicação adicional ao valor mínimo exigido para as ações e serviços públicos de  
967 saúde calculados nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Esta Resolução entra em vigor na  
968 data de sua publicação. Brasília, 27 de fevereiro de 2014”. Explicou que esse conjunto do Plano  
969 Nacional de Saúde e diretrizes já foi aprovado no Pleno com adequações sobre a disponibilização de  
970 recursos. **Aberta a palavra para o debate**, o Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a  
971 todos e afirmou que o texto já foi aprovado em outras oportunidades, refletindo as conferências e o  
972 acúmulo do CNS e a vontade que essas propostas aconteçam. Algumas das diretrizes têm resolução  
973 específica desse Conselho. Propôs que essa resolução se remetesse às resoluções anteriores que  
974 não foram alteradas ou revogadas para lembrar que esses assuntos são decisões de dez ou quinze  
975 anos atrás, repetidas todos os anos. É bom trazer a história para dizer que essa resolução resume os  
976 anseios não atendidos e talvez isso consiga sensibilizar esse governo ou o ministro, pois as resoluções  
977 do CNS estão com baixo impacto. Algumas com mais sucesso, enquanto outras ensinam mais  
978 paciência pra tentar mudar as coisas. Sentiu-se repetindo atos anteriores com pouca crença de mudar  
979 alguma coisa, não significando que desconfiança na resolução, mas deve ser encontrada uma  
980 estratégia para que ela faça sentido para o governo. Não entrou no mérito pois o texto foi construído  
981 pelo Conselho em outros momentos e outros formatos. Mas lembrou que essa não é mais uma  
982 resolução e tem que ser uma com peso político diferenciado e não remeter apenas para arquivo. O  
983 Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** concordou com a fala anterior e questionou o peso que as  
984 resoluções do CNS possuem. Disse que essa, por sua importância, faz o liame com as leis e decretos  
985 do SUS que já estão postos e os governantes estão obrigados a cumprir. É preciso ter calma e discutir  
986 o mérito da resolução para que tenha mais força. Não concordou com alguns pontos, mas se for  
987 preciso fazê-la agora, que cumpra-se a lei que já existe, pois tudo que está colocado já é obrigatório  
988 por lei. A Conselheira **Ana Maria Costa** cumprimentou a todos e concordou com as falas anteriores, e  
989 agregou o potencial de importância que essa resolução possui, vez que é o assunto estruturante do  
990 SUS estabelecendo o que fazer com o recurso que pelegaram para ver implementado no movimento  
991 Saúde + 10 e anseiam pelo incremento. Quando da discussão de financiamento, foi decidido  
992 aprofundar o debate sobre qual seria o referencial de uso do acréscimo do recurso do SUS para  
993 consolidar o sistema único de saúde de qualidade para todos e essa resolução deve ter esse tom forte  
994 e político. Enalteceu o esforço da COFIN e pediu que sejam enriquecidos os “considerandos” para  
995 dizer que o CNS decidiu a necessidade de uma reversão do modelo dentro do SUS para consolidá-lo e  
996 dizer que a saúde no Brasil é um direito. Seria preciso trabalhar o sentido das mudanças não só a  
997 alteração na relação de atenção básica e alta e média complexidade e que as redes atinjam o status  
998 de rede integral no espaço territorial. Apontar as grandes questões da gestão. O impasse sobre a  
999 gestão regional e a ausência das secretarias estaduais precisa estar colocado e cobrar o investimento  
1000 público. Outras questões essenciais devem estar colocadas, como tratar da cobertura universal, cobrar  
1001 posicionamento do governo e alertar para a importância do Sistema Único de Saúde para os países  
1002 latino-americanos como caso exemplar de resistência ao direito universal à saúde. Ofereceu-se para  
1003 repassar informações à equipe de redação. O Conselheiro Jorge Alves de Almeida **Venâncio**

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

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

1130 os problemas do SUS deixando de lado o papel do controle social. Por isso para fortalecer o SUS,  
1131 precisa também fortalecer o controle social. Há também um isolamento dos saberes e das experiências  
1132 em razão de uma crise do projeto de SUS, apesar dos avanços e reconhecimentos nesses 25 anos,  
1133 sendo necessário saber qual projeto de é defendido no conselhos municipais e estaduais, nas  
1134 Comissões Intergestores Tripartite (CITs), e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), devendo  
1135 levar para a centralidade do debate e discutir a saída da crise posto que não faltam ideias, caminhos  
1136 nem experiência. Ainda assim nem todas as saídas estão apenas na esfera do setor saúde.  
1137 Reconheceu o isolamento teórico e político desse campo tão importante para a sociedade sendo  
1138 sempre os mesmos atores, e a entrada de novos atores permite diferentes olhares. Outros atores  
1139 também decidem o rumo do SUS, como o Congresso Nacional, como o que foi visto nessa manhã  
1140 analisando a correlação de forças e composição das comissões, e o fato de bancada do governo ter  
1141 ficado com a coordenação de três grandes comissões é um aspecto positivo demonstrando a  
1142 prioridade da saúde dentro do Congresso. Não é apenas uma questão partidária, mas indica qual o  
1143 debate a sociedade fará sobre os rumos da saúde pública brasileira. Ter a comissão de seguridade e  
1144 família e a comissão de direitos humanos sob a coordenação do Partido dos Trabalhadores faz toda a  
1145 diferença para colocar a centralidade do debate que aquela Casa tem que fazer em relação a essa  
1146 agenda. Há muita inquietação sobre os consensos ou pactos podem ser construídos em torno das  
1147 grandes dificuldades. Há muita contribuição, prática, saberes, democracia na saúde, mas também  
1148 muito formalismo fazendo com que determinados caminhos, rumos e proposições perdem força  
1149 política, apesar da legitimidade. Se há uma crise no projeto, deve ser colocado na mesa o pacto  
1150 possível e necessário para que ele seja afirmado no sentido dos marcos políticos e históricos já  
1151 definidos pelo Brasil de ter um sistema universal e integral. Também se deve verificar com quem vai  
1152 construir os consenso pois novos atores foram identificados na esfera da saúde não sendo os mesmos  
1153 da década de 1980 e o CNS tem boa expressão disso, como as populações em situação de rua,  
1154 LGBT, negra, indígena e rural trazendo novas agendas para pensar os rumos da saúde pública  
1155 brasileira. A conjuntura internacional brasileira é de que não depende de financiamento externo  
1156 garantir um sistema universal de qualidade e público e mesmo assim está com um posicionamento  
1157 dubio ou confuso e o CNS deseja saber a posição de governo na área internacional, especialmente na  
1158 Organização Mundial da Saúde (OMS), posto que entende que o debate da cobertura universal se  
1159 justifica em países que não tem sistema ou possuem outra fragilidade, o que não é a condição do  
1160 Brasil, que histórica e politicamente afirmou a escolha de um caminho. Colocou que se reconhece ser  
1161 difícil enfrentar os problemas para que o CNS, as CITs CIBs, não sejam espaços que perdem força e  
1162 se assente um compromisso de agenda estratégica para 2014/2015 dado que em 2014 tem eleições,  
1163 entretanto esse não é o horizonte da sociedade, apesar de ser para o governo, mas em 2015 a  
1164 sociedade quer uma conferência nacional de saúde com a condição política que a saúde exige, não  
1165 sendo mais um evento, como a copa. Deve ser um processo político de mobilização e força social para  
1166 não prejudicar o que se constrói no Conselho. Em 2014 deve ser colocada a importância do que se  
1167 construiu em 2013 com pautas de consenso. A despeito dos confrontos, a capacidade de diálogo com  
1168 a gestão e outros setores foi essencial para a obtenção de vitórias, como a questão do financiamento,  
1169 que não era pautado pelo governo, mas foi alcançado devido à mobilização e organização. Assim  
1170 como os vetos ao ato médico alcançados pelo diálogo com a contribuição da vitória sobre o “Mais  
1171 Médicos”. O Conselho definiu cinco prioridades para os seus três anos de gestão. A primeira é o  
1172 financiamento. Não é possível que o Brasil pague dois bilhões de reais por dia de uma dívida pública  
1173 cuja origem é desconhecida pela sociedade brasileira sem nenhum benefício efetivo, enquanto discute-  
1174 se 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, tentando chegar a 4% do PIB. Pediu que  
1175 fosse explicado como interromper a PEC que tramita no Congresso Nacional apresentada pelo  
1176 governo de 15% da receita corrente líquida, sobre a qual pairam muitas dúvidas relativas à base de  
1177 vinculação, mas muitas pessoas já não têm mais dúvidas observando o risco de retrocesso em relação  
1178 às regras atuais, pois se as regras devem ser mudadas, deveria haver mais transparências e debate  
1179 com a sociedade e o controle social porque não há segurança sobre o que foi apresentado pelo  
1180 governo e aprovado no Senado para garantir o financiamento da saúde. A consequência da ausência  
1181 do financiamento da saúde na pauta do governo está em uma dimensão com o setor produtivo  
1182 gerando um sistema universal que precisa de investimento no desenvolvimento científico, exigindo  
1183 inovação tecnológica, para garantir qualidade de vida e soberania. Está muito dependente de  
1184 tecnologia externa. Embora reconheçam o que já foi feito pelo governo (como Manguinhos), o tempo é  
1185 curto e sabem a experiência de gestor do Ministro e por isso não repetem o que ele já sabe, mas  
1186 dizem o que a gestão precisa ouvir novamente. Questionou o que precisa ser feito para colocar a  
1187 saúde na agenda de desenvolvimento enquanto setor produtivo, como entrou na agenda da inclusão  
1188 social. Outra questão levantada foi a carreira no SUS, pois a falta de investimento em carreira leva a  
1189 que seja regulada pelo mercado. Reconheceu os benefícios das equipes multiprofissionais da atenção  
1190 básica em cumprir os objetivos do milênio melhorando os indicadores (alguns deles superados) em  
1191 relação à mortalidade infantil e materna, malária e tuberculose. Ainda assim o governo se dispôs a  
1192 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 acidentem 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



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

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

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

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

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



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

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



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

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

2201 a cargo do CNS o deslocamento dos membros da COFIN nacional (dois a três que acompanharão  
2202 cada oficina regional) e alguns conferencistas, num total de dez pessoas. O restante a cargo do  
2203 CONASS e CONASEMS e conselhos estaduais que também seriam responsáveis pela organização.  
2204 As entidades que compõem a COFIN se responsabilizaram por mobilizar conforme o calendário. 13 e  
2205 14 de março (com provável alteração para o final de abril) - Centro Oeste e Tocantins – Brasília; 21 e  
2206 22 março – Sul – Porto Alegre; 28 e 29 março – Sudeste – Rio de Janeiro; 04 e 05 abril – Nordeste 1 –  
2207 Fortaleza; 11 e 12 abril – Nordeste 2 – Recife; 25 e 26 abril - Norte – Manaus. O Conselheiro **Jurandi**  
2208 **Frutuoso Silva** comentou ter recebido um convite da CNBB, da comissão episcopal pastoral  
2209 chamando para uma reunião nos dias vinte e vinte e um de março na CNBB para avaliar a caminhada  
2210 do Movimento Saúde + 10. Algumas pessoas não receberam e questiona do que se trata. O  
2211 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a representação da CNBB dentro do  
2212 Movimento Saúde + 10 designada pelo Secretário Geral da CNBB, o Conselheiro André Luiz de  
2213 Oliveira que participou da plenária do Movimento, disse desconhecer essa iniciativa e ficou de entrar  
2214 em contato com a coordenação do movimento para esclarecer. O Conselheiro **Clovis Adalberto**  
2215 **Bouffleur**, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, informou que se trata  
2216 de uma avaliação interna de um grupo das pastorais sociais que fizeram um grande movimento para  
2217 coletar assinaturas e convidou alguns atores que fazem parte do Movimento Saúde + 10. A Presidente  
2218 do CNS, **Maria do Socorro de Souza** pediu esclarecimento sobre o papel da Secretaria Executiva do  
2219 CNS que seria apenas formalizar e a mobilização ficaria a cargo da COFIN, para não deslocar pessoal  
2220 e o estado não estar mobilizado ao que o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu  
2221 afirmativamente, e acrescentou que precisa da assessoria técnica pra algumas ações. O Conselheiro  
2222 **Marco Antônio Castilho Carneiro** questionou sobre as datas que coincidem com as etapas das  
2223 Macrorregionais da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora,  
2224 considerando que são os conselhos estaduais estão à frente da organização e as datas estão muito  
2225 próximas, em que pese a importância dos seminários, pode ocorrer o esvaziamento dos eventos.  
2226 Algumas datas estão também próximas das reuniões do CNS e da jornada das comissões. Pediu a  
2227 reavaliação do calendário, já que o público-alvo é o mesmo. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos**  
2228 **Santos** respondeu que a COFIN quando construiu o calendário levou em conta essas situações e  
2229 chegou à conclusão de que essa seria a melhor proposta possível do ponto de vista de quem vai  
2230 coordenar a atividade nacional. Mas trouxe ao Plenário para que ele ajude a decidir. O Secretário  
2231 Executivo do CNS, Márcio Florentino, disse estar preocupado com esse aspecto e por isso várias  
2232 atividades ficaram em aguardo e propôs que a agenda de março, pelo menos a primeira, seja invertida  
2233 para o final para antes fazer uma reunião do fórum dos conselhos estaduais para conversar sobre essa  
2234 agenda de mobilização, incluindo a plenária nacional e o Movimento Saúde + 10 e todas as outras que  
2235 ocorrerão posto que parte da base vem dos conselhos estaduais, gerando um custo para eles e o risco  
2236 de não haver o resultado esperado. Se chamar antes e combinar o processo fica menos exposto a  
2237 riscos. Ressaltou que seria apenas um atraso e não uma ação contrária, mas incluir os conselhos  
2238 estaduais na organização. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** apontou para o fato de que  
2239 nem os conselheiros conseguiriam estar nos estados para prestigiar a iniciativa sem custo e perguntou  
2240 o motivo de estar concentrado nesses dois meses, caso seja em razão da legislação não há o que  
2241 fazer. Caso não seja o ideal seria acoplar à macrorregional da 4ª Conferência Nacional de Saúde do  
2242 Trabalhador e da Trabalhadora, que é o grande evento do ano de 2014. A Presidente do CNS, **Maria**  
2243 **do Socorro de Souza** ofereceu que a Secretaria Geral ligue até sexta-feira para os estados que  
2244 podem sediar o encontro e perguntar sobre as datas. A COFIN tem pessoal suficiente para  
2245 acompanhar e o ano terá muito choque de agenda em razão dos eventos copa e eleições. A  
2246 preocupação é utilizar agenda, pessoas, recursos e, sobretudo, resultado político conforme a agenda e  
2247 a urgência e a necessidade e que poderá dar a palavra final são os estados sobre a condição de  
2248 cumprir a agenda. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** encaminhou então a proposta da  
2249 Presidente do CNS e encerrou o primeiro dia da reunião. **Encaminhamentos: pautar o tema na**  
2250 **próxima RO para aprofundar o debate. A COFIN irá enviar aos conselheiros a análise realizada**  
2251 **sobre o tema. A minuta da resolução será analisada em outro momento para que os**  
2252 **conselheiros possam se apropriar melhor da questão e para atender ao pedido do Ministro de**  
2253 **adiar o posicionamento. A COFIN estudará a proposta de realizar uma recomendação que trate**  
2254 **a discussão do orçamento impositivo de uma forma mais geral analisando as implicações para**  
2255 **o orçamento, para o financiamento e para a organização do sistema. Continuar com a agenda**  
2256 **aprovada do Movimento Saúde + 10, permanecendo aberto ao diálogo com o governo, com**  
2257 **antecipação da audiência com o Ministro por intermédio da Conselheira Julia Maria Santos**  
2258 **Roland. Alteração da Plenária ampliada em defesa do SUS para vinte e dois e vinte e três de**  
2259 **abril em razão da realização do Ato conjunto unificado das Centrais Sindicais. Até sexta-feira a**  
2260 **Secretaria Executiva irá consultar aos estados sobre a agenda geral dos eventos, incluindo o**  
2261 **calendário das oficinas regionais da COFIN, prorrogando o evento de março para o final de**  
2262 **abril.** Com esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os  
2263 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 Bouffleur**, Conferência  
 2268 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB **Denise Rodrigues Eloi 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 Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da  
 2271 Amazônia Brasileira (COIAB); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e  
 2272 Pensionistas – COBAP; **Geordecil 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 Faciliformes –  
 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%

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



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

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

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

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 SGP. 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 explicita 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) Apesar 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 SATISFATORIO 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

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

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



2894 Gestão Estratégica (SAGE); os dados sócio-demográficos e o Índice de Desenvolvimento Humano  
2895 municipal; dados de avaliação de desempenho da Instituição de Ensino Superior (IES); e outros  
2896 documentos relevante para análise. Essa parte está delineada na Resolução nº 350/05 onde são  
2897 analisados três blocos de informações: necessidades sociais em saúde (muito bem ilustrado na  
2898 apresentação dos pareceres); coerência entre o projeto político pedagógico e essas necessidades; e  
2899 relevância social do curso com análise do projeto pedagógico. Novos marcos regulatórios foram  
2900 instituídos. A Portaria nº 109/2012 trata da expansão das vagas em curso de medicina nas  
2901 Universidades Federais. A Normativa nº 15/2013 sobre a política nacional de expansão das escolas  
2902 médicas das Instituições Federais de Educação Superior. A Portaria Normativa do MEC nº 3, de  
2903 janeiro de 2013 dispõe sobre os procedimentos de aditamento de atos regulatórios utilizados como  
2904 referência para avaliar a densidade profissional por mil habitantes e densidade de vagas para cada 10  
2905 mil habitantes. A Lei nº 12.842/2013 instituiu o programa mais médicos e alterou as legislações  
2906 relacionados à residência médica. Todas marcos regulatórios do MEC, assim como o Edital nº 3 de 22  
2907 de outubro de 2013 que trata da seleção dos municípios com maior vulnerabilidade cujo resultado foi  
2908 publicado na Portaria nº 646/2013 divulgando a relação dos municípios pré-selecionados. São  
2909 quarenta e nove municípios cujos critérios serão esclarecidos na apresentação do MEC. Questionou  
2910 qual o número de vagas gerados nos municípios selecionados, uma vez que existem municípios com  
2911 processo de avaliação de cursos já em tramitação (por exemplo apreciado um curso em Aparecida de  
2912 Goiânia analisado mais cedo e que está listado como município de maior vulnerabilidade e foi pré-  
2913 selecionado). O processo de concorrência pública aos quais essas IES privadas irão submeter  
2914 propostas requer a articulação e participação dos conselhos estaduais e municipais uma vez que a  
2915 seleção do município ainda vai ser objeto de uma avaliação in loco por meio do controle social.  
2916 Perguntou como podem participar disso. Sobre a expansão de vagas nas universidades federais  
2917 afirmou ter sido realizada pela portaria de 2012 e indagou se ela foi considerada ou ainda há  
2918 insuficiência de vagas e qual seria o resultado da expansão inicialmente programada. Pede que fosse  
2919 explicada a expansão das escolas médicas nas instituições federais de ensino superior e a abertura  
2920 de cursos de medicina pelas forças armadas. Essas inquietações da comissão a partir da leitura dos  
2921 marcos regulatórios para saber como se dará seu papel dentro desse processo e gerou novas  
2922 demandas como aprofundar o debate sobre a lei do Programa Mais Médicos de modo a promover um  
2923 alinhamento com outros marcos regulatórios supralegais e infralegais como, por exemplo, com a Lei nº  
2924 8080/90 e as portarias do Ministério da Educação, resoluções do Conselho Nacional de Saúde e  
2925 esclarecer ao MEC o papel do Conselho Nacional de Saúde nesse processo uma vez alterada a  
2926 legislação e rever os marcos regulatórios do CNS no que tange a CIRH para alinhá-los com os novos  
2927 marcos regulatórios da saúde e da educação. É necessário revisar as resoluções baseadas em  
2928 legislações que sofreram alteração como as nº 350, 429, e 430, que tratam de projeto político  
2929 pedagógico que não existe mais. Hoje em dia se chama projeto pedagógico de curso. É preciso  
2930 aperfeiçoar a linguagem. Pede que fale um pouco do processo de visita aos municípios pré-  
2931 selecionados para receber os cursos de medicina e como a CIRH participará. Informou que no manual  
2932 de orientações da visita in loco elaborado por uma comissão de especialistas não se sabe qual o papel  
2933 do Conselho Nacional de Saúde e do controle social. Sugeriu a inclusão de indicadores de adesão ao  
2934 município ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade - MS) no instrumento  
2935 de avaliação porque a preocupação é que ainda está muito na estrutura, na quantidade de leitos mas  
2936 preocupa-se também com o acolhimento, a capacidade instalada, os locais onde os estudantes irão  
2937 interagir com as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde. Aprofundar os  
2938 marcos de avaliação de abertura de cursos de saúde no Brasil tendo como mote as redes de atenção à  
2939 saúde e a relação ensino-serviço-comunidade. Realizar um encontro com os conselhos estaduais de  
2940 saúde e conselhos municipais de saúde da cidade selecionadas ainda no primeiro semestre. Que a  
2941 CIRH integre as comissões responsáveis pelas visitas in loco é uma. Pleiteou, diante da abertura que o  
2942 próprio Conselho Nacional de Educação apresentou na véspera, postergar para o prazo final do CNE  
2943 em abril de 2014 a apreciação das novas diretrizes curriculares para o curso de medicina para permitir  
2944 que o CNS faça uma análise como ocorreu em 2001, mas dessa vez o ritmo está tão acelerado que o  
2945 CNS e ficou um pouco esquecido. Esteve na audiência pública e mesmo assim acredita que os  
2946 conselheiros precisavam se manifestar sobre o texto dos documentos. A expectativa é que todas as  
2947 questões que articulam ensino e saúde tendo a formação médica como disparador sejam mais bem  
2948 tratada se discutidas deliberada em uma relação interministerial do MEC e Ministério da Saúde com  
2949 participação do controle social e que o CNS possa participar da construção do edital de seleção dos  
2950 futuros municípios selecionados. Apesar de haver contribuído na CURH com o debate mostrando as  
2951 facilidades e dificuldades que podem vir a ocorrer na medida em que não escuta controle social. O  
2952 próprio CONASEMS já se manifestou sobre a necessidade disso, e o monitoramento contínuo pela  
2953 CNS mantendo esse tema em pauta ainda neste semestre para ouvir mais o CONASS o CONASEMS.  
2954 Requisitou ainda a abertura de outros cursos da saúde também nos mesmos moldes do edital do Mais  
2955 Médicos, apontando a enfermagem com mais crítico, considerando a expansão dos cursos de  
2956 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 sanitarista, 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 esteja 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 beveridgiano). 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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

3839 melhora dos serviços de informação ao cidadão, capacitação e vigilância e, por último, que os países  
3840 implementem sistemas de informação eletrônica nacionais para a saúde pública para melhorar através  
3841 da informação a capacidade de vigilância e resposta rápida às emergências em saúde pública.  
3842 Destacou dentro das recomendações, diretrizes e composições do e-saúde, aquilo que a PNIIS  
3843 buscou como diretriz relacionada a isso. O fortalecimento da informação e a informática em saúde,  
3844 apoiando a sua organização, desenvolvimento e integração; atenção à saúde nas três esferas de  
3845 governo; estabelecer o repositório de software com componentes da aplicação de acesso público em  
3846 conformidade com padrões e protocolos de segurança; produzir e disseminar informações para  
3847 usuários, profissionais, gestores, prestadores, controle social, instituições de ensino e pesquisa;  
3848 promover estratégias e mecanismos para qualificar a promoção são em saúde; criar mecanismos de  
3849 articulação institucional para integração dos sistemas de informação em saúde; estabelecer um padrão  
3850 para a saúde que permita a construção de um registro eletrônico de saúde (RES) do cidadão. Das  
3851 nações que possuem papel fundamental nessa parte do repositório de garantir a confidencialidade a  
3852 comunicação entre os sistemas todos sabem dificuldade que o SUS ainda possui com vários sistemas  
3853 sendo desenvolvidos em várias plataforma tecnológicas e várias concepções do que seria informação  
3854 estratégica. Terminando as diretrizes, existe também: estabelecer a estrutura de telecomunicações  
3855 adequada para estabelecer o registro eletrônico de saúde; estimular o uso de telecomunicação na  
3856 atenção à saúde, educação a distância, protocolos clínicos e programático de acesso eletrônico a  
3857 literatura especializada. Existem várias experiências internacionais que tentaram buscar na  
3858 implementação do e-saúde em que o paciente além de ter seu prontuário eletrônico para conhecer sua  
3859 história clínica pode ter acesso automaticamente à literatura que fale sobre isso e passa a ser um co-  
3860 participe do diagnóstico junto com o profissional de saúde, conhecer um pouco mais seus problemas  
3861 de saúde e não ser um mero cliente do Sistema Único de Saúde e dos profissionais médicos. Quando  
3862 for implementado qualquer um poderá ter acesso em qualquer lugar do país aos problemas de saúde e  
3863 somente o próprio usuário, ninguém mais. E ao mesmo tempo poderá interagir com profissional médico  
3864 ou enfermeiro de forma melhor, conhecendo a literatura que trata do assunto. Ainda são diretrizes:  
3865 Estimular o uso de pesquisas, amostragens e inquéritos periódicos para os casos em que não se  
3866 justifique a coleta universal e contínua de dados; divulgar ações de ciência e tecnologia na produção  
3867 de informação ligada à saúde utilizando diferentes meios de comunicação; implementar a estratégia de  
3868 saúde como a organização do sistema nacional de informação em saúde; em relação à gestão,  
3869 incentivar a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as atividades de gestão do  
3870 sistema de saúde de gestão do cuidado; dotar a saúde de instrumentos legais normativos e  
3871 organizacionais relacionados à segurança e confidencialidade da informação; implementar soluções de  
3872 TIC que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde, ou seja também  
3873 beneficia os trabalhadores de saúde; definir linhas de financiamento, investimento e custeio para  
3874 desenvolvimento de projetos de TI articulado com agências financiadoras; implementar ações e  
3875 mecanismos de regulação para o complexo produtivo de TI em saúde; fomentar o desenvolvimento de  
3876 profissionais em informação em informática em saúde; adotar ações referentes à implementação desta  
3877 PNIIS no processo de planejamento regionalizado em saúde, uma orientação de como implementar a  
3878 política para que não seja apenas um documento teórico; incentivar a implementação de mecanismos  
3879 de segurança de acesso ao sistema dados e informações de saúde que garantam sua autenticidade e  
3880 integridade; garantir o desenvolvimento e implantação de SIS (sistema de informação em saúde) de  
3881 base nacional ou estadual; contratação das comissões intergestores e; por último, estabelecer política  
3882 de acesso autorizado aos dados, informação em saúde ao cidadão e aos gestores de saúde. Isso é  
3883 mais uma vez uma inversão a história. Demonstra que os sistemas de informação foram feitos muito  
3884 mais para os gestores e agora com a lei de acesso à informação e do e-health internacional há uma  
3885 mudança de paradigma para que um cidadão seja ator principal quando acessa suas informações de  
3886 saúde. Diretrizes em relação à formação de pessoal para o SUS. Obviamente é um pedaço dos  
3887 problemas de pessoal, mas também tem que ser pensada para esse promover a formação, a  
3888 qualificação permanente, para o uso da informação e informática em saúde; incentivar os programas  
3889 de educação permanente em saúde; para ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e  
3890 informática em saúde; promover a articulação entre Ministério da Saúde, Ciência e Tecnologia e da  
3891 Educação para inclusão de conteúdos na área de informação e informática em saúde nos cursos de  
3892 pós graduação e de graduação. O documento é muito extenso e ele fez referência aos conceitos e  
3893 marcos teóricos para que explicam os três pilares de sustentação em relação à PNIIS o que são o e-gov  
3894 e o e-saúde, a lei de acesso à informação e o peso que eles dão, não só à gestão, mas principalmente  
3895 para troca de informação e acesso ao cidadão, no caso da saúde, principalmente os pacientes em  
3896 relação à sua condição de saúde. O Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**, abriu oportunidade para o  
3897 debate. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**, representante da Organização Nacional dos Cegos do  
3898 Brasil (ONCB), cumprimentou a todos, à mesa e os internautas, agradeceu a oportunidade de  
3899 acompanhar apresentação e disse entender que as soluções de tecnologia da informação são a saída  
3900 para que se possa avançar na qualidade do monitoramento e o trato dos problemas enfrentados. Pediu  
3901 que falassem sobre estratégias de acessibilidade dos sistemas implementado, haja vista que ainda

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

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



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

Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, colocou em votação a sugestão da Presidente do Conselho para adiar a decisão sobre a representação da ANVISA que foi aprovada. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** informou que o Fórum dos trabalhadores já tem um nome para indicar. O Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, informou ir a circular a informação para que todos tomem conhecimento dos objetivos e decidam na próxima reunião. Abriu os minutos finais para informes. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que o Conselheiro Richarlls Martins assumiu um compromisso em nome do Conselho que encerra em maio no seminário da convenção nacional das populações em desenvolvimento e assim achou melhor não mexer na representação dos em CNS nesse momento. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** informou quem foi convidada indicada pelo Conselheiro Richarlls Martins para palestrar sobre direitos sexuais direitos reprodutivos. O debate foi a agenda de Cairo e os conceitos de Montevideu e o encontro da CPD Comissão sobre População e Desenvolvimento que haverá em Nova Iorque. Trataram da possibilidade da sociedade civil incorporar a comitiva brasileira. Não souberam informar precisamente quantas pessoas poderiam compor, mas que algumas entidades que terão voz e direito à participação na ONU e a ABGLT tem esse direito e abre espaço para as entidades que quiserem compartilhar. o encaminhamento foi não permitir o retrocesso agenda de Cairo e Montevideu. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** completou que seu acompanhamento foi feito através de alguns informe enviado por e-mail pelo Conselheiro Richarlls Martins porque na época da indicação ele ficou na titularidade ela na suplência. Essa foi a primeira e única vez que participou, a convite de uma entidade que financia fórum. A discussão foi muito boa ficou uma grande preocupação porque o fórum de entidades de 34 países africanos sugeriram uma agenda que retroage todos os avanços dentro do que estava sendo discutido nas últimas agendas de Montevideu e Cairo, mas ficou definido que não haveria retrocesso. Também trataram da participação da sociedade civil no fórum e a proposta é levar o maior número possível de pessoas na delegação brasileira para manter os avanços alinhar com o Uruguai quem tem uma afinidade maior dentro das políticas. Foi solicitado para que as pessoas que tivessem uma interface com os ativistas da área fizessem essa articulação para manutenção dos avanços e depois discutiram questões técnicas do número de pessoas de cada setor do governo que iria compor a delegação. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** ressaltou que o mais importante da sua participação no seminário foi a oportunidade de poder fazer um diálogo da questão de gênero com a grande maioria das mulheres feministas presentes para discutir o gênero não só mulher, mas também da identidade de gênero e a reprodução assistida para as mulheres e homens transexuais. Foi muito debatida assistência e acolhida das mulheres no sistema de saúde, as políticas que estão sendo implementadas. Retificou a informação do dia anterior sobre os 65 postos de atendimento informando que são mais de 200 lugares que atendem as mulheres dessa política. Em resposta ao questionamento da conselheira Verônica Lourenço da Silva, o Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, afirmou que o comitê de enfrentamento ao tráfico de pessoas entrou em contato com conselho que levará à mesa diretora na próxima reunião. **Encaminhamentos: aprovada a indicação do Conselheiro Nadir, conselheira Verônica, adiamento da decisão sobre ANVISA.**

**ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Secretário Executivo do CNE, **Márcio Florentino Pereira**, agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da 254ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares** – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clovis Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONSIDI; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Luis Felipe Oliveira Maciel**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nadir Francisco do Amaral**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes – FANAFAL; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Olympio Távora Derze Correa**, Confederação Nacional de Saúde,

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; **Ícleuza 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.