



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

Aos sete e oito dias do mês de maio 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 Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 257ª RO teve por objetivos: **1)** Contextualizar o debate da Saúde nas Eleições Nacionais de 2014. **2)** Conhecer a agenda de trabalho da FIOCRUZ no fortalecimento do SUS. **3)** Discutir as possíveis parcerias CNS/FIOCRUZ no processo da 15ª CNS. **4)** Avaliar as etapas macrorregionais da 4ª CNSTT. **5)** Tratar dos Pareceres e encaminhamentos da CIRH. **6)** Socializar, Debater o RAG/2013 e os encaminhamentos da COFIN. **7)** Compor a agenda do CNS/2014 e a participação dos conselheiros. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e iniciou a reunião com a leitura da pauta e dos seus objetivos. **ITEM 01 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 257ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 254ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, cumprimentou a todos, presentes e internautas, leu os objetivos da reunião e colocou a pauta em votação. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** saudou a todos e questionou a alteração na proposta de composição da mesa no item 2 da pauta. Havia na indicação até a véspera a presença do Ministro e perguntou se há uma ausência do Ministro na pauta daquele dia ou nos dois dias de reunião. Propôs uma alteração no item 3, onde está escrito “projeto institucional da Fiocruz para o SUS” para que o tema fosse apenas isso, porque a questão de ser parceria ou não é outro debate. Pode ser que surja uma parceria e pode ser que não. Do jeito que está posto já está prevendo uma parceria e ele ainda não conhecia o projeto institucional. Como conselheiro gostaria de ter essa liberdade de não estar já com essa situação preestabelecida como o título sugere. No item da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, CIRH, consta a Ivone Cabral como coordenadora, a Eliane Cruz como coordenadora adjunta, e indagou se ela continua como adjunta ou não já que ela saiu do governo. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que definem a pauta sempre na reunião da mesa diretora e vai construindo-a pauta na medida também que conseguem garantir a composição das mesas e todas as vezes que fecham a pauta encaminham para os convidados e para os conselheiros. Evitam colocar a pauta em aberta com antecedência, mas também tem um processo regimental que exige mandar com antecedência para poder se programar. No caso do item das eleições, sempre mandam a pauta para o gabinete do Ministro o qual se manifesta em relação à disposição do tempo, das condições de participação do Ministro. Ele é conselheiro como todos eles e tem legitimidade de estar ali pela representação que faz do Ministério da Saúde. Ele se manifestou através da sua assessoria que estaria nesse momento pela manhã. Ele também representa o governo e tem, com certeza, uma posição já colocada do ponto de vista do cenário eleitoral. O gabinete se manifestou que o tempo do Ministro para estar na reunião na parte da manhã, como sempre acontece, ou pela parte da tarde no primeiro dia ou segundo dia. A primeira manifestação é que ele estaria na parte da tarde, mas entendendo que a natureza do debate exigiria tanto do Conselho, quanto do Ministério essa autonomia e essa tranquilidade, essa responsabilidade política, o próprio gabinete avaliou que não seria o melhor momento do Ministro estar presente e ela concordou. Tanto para ele como autoridade de governo, autoridade de Estado, tanto para os demais conselheiros, haveria mais condições de fazer o debate sem necessariamente ele compor a mesa, mas por ser conselheiro, ele poderia participar também como qualquer outro. Em relação à Fiocruz, já existe uma parceria, o qualiconselhos. Ela existe desde 2005, não é de hoje, e ele, enquanto um dos conselheiros mais antigos, sabe que já existe. O que têm feito é pela necessidade de alargar a construção de todas as ações que o Conselho Nacional de Saúde com vários setores da sociedade, o que também já é prática política do CNS, de ampliar para todos os setores da sociedade. Então indiscutivelmente a parceria já existe, antes de 2005, e é preciso alargar para que o Conselho não fique tão internalizado em si mesmo e é como uma entidade como a Fiocruz e desejam que seja também com outras pela ampliação que tem da composição do Conselho. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** retificou sua manifestação informando conhecer a parceria e perguntou se então seria uma prestação de contas do QUALISUS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que não se travava de

59 prestação de contas, mas uma proposta. Apresenta o projeto institucional e vai afunilando para as
60 parcerias que já existem. Uma delas é com a educação permanente, a outra é com o campo da
61 comunicação, no campo da campanha dos 25 anos e também do canal saúde e a construção da 15ª
62 Conferência Nacional de Saúde. Com esta perspectiva já encaminharam na reunião passada que iriam
63 começar a fazer uma discussão para chegar, até julho, com uma construção de uma proposta que o
64 pleno apreciasse, deliberasse e pudesse não fazer o debate da conferência, que já foi fito em
65 conversas com a ABRASCO, com o CEBES, com a Rede Unida, no Congresso da Rede Unida, na
66 EXPOGEP, vai fazer no Congresso da CONASEMS... o que precisam é com participação dos
67 conselheiros estatuais e nacionais, saber como juntar todas essas iniciativas de debate e fazer uma
68 construção e um debate no pleno com a riqueza dos já feitos, sejam na EXPOGEP, discussões com
69 várias entidades que inclusive compõem o Conselho, seja o que vão fazer no congresso do
70 CONASEMS. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** explicou que o título não reflete tudo isso.
71 Quando se fala de parceria com a Fiocruz institucional dá impressão, pelo título, de ser outra parceria e
72 quando se tem uma necessidade de reavaliar a atual parceria, os valores investidos na Fiocruz que
73 somam alguns milhões. Precisamos ter as prestações de contas da Fiocruz em relação ao projeto já
74 existente, que foi bem sucedido em alguns aspectos, em outros não sabem medir porque ainda está
75 para debater esse assunto. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** comentou que está na hora de
76 fazer um recadastramento de todos os conselheiros porque ele não havia recebido a pauta, pode ser
77 que tenha tido algum problema de e-mail de todos os conselheiros. Na última reunião houve essa
78 sugestão, mas não receberam nada. Precisam resolver o problema da ata. Ou a gente muda à regra,
79 fala que a ata será apresentada no dia da reunião que sucederá a anterior, ou a gente cumpre a regra,
80 mas ficar sem cumprir e sem mudar a regra não pode. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de**
81 **Souza**, concordou e pediu a Neide Rodrigues para verificar se a lista de e-mails está atualizada para
82 que todos recebam a ata. Isso já deveria ter sido providenciado. Conselheiro **Adriano Macedo Félix**
83 falou sobre a aprovação da pauta, lembrando já ter manifestado por e-mail, que não iria aprovar e
84 abster-se do voto porque não teria tempo hábil de efetuar a leitura, e sugeriu que isso seja cancelado
85 para a próxima reunião. Disse acreditar que muitos não tiveram tempo hábil de fazer uma boa leitura e
86 aprovar de fato, porque não tem condição de se ler uma ata em vinte e quatro. A Presidente do CNS,
87 **Maria do Socorro de Souza**, consultou ao plenário que concordou em não apreciar a ata nesta
88 reunião deixando para a próxima. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** acrescentou que pode
89 ser encaminhado com muita antecedência, o máximo possível para conseguir realizar a leitura, porque
90 é muito desagradável fazer uma reunião aprovando ata de três, quatro meses anteriores. A Presidente
91 do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, propôs que as sugestões de ajustes à ata já cheguem com
92 antecedência. Não precisem esperar todos os trinta dias para fazer alguma sugestão de alteração da
93 ata. **Deliberação: Aprovada a pauta da 257ª RO. A ata da 254ª RO deverá ser aprovada na**
94 **próxima reunião para que os conselheiros possam ler com atenção devido ao envio fora do**
95 **prazo. Os pedidos de correção devem ser enviados com antecedência.** Convidou então os
96 participantes para compor a mesa do próximo item da reunião. **ITEM 2 – A PAUTA DA SAÚDE NAS**
97 **ELEIÇÕES 2014. Apresentação: José Carvalho de Noronha**, Membro do Conselho Consultivo do
98 CEBES e Pesquisador da FIOCRUZ – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
99 **Leandro Fortes**, Jornalista. *Coordenação:* Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
100 CNS. Antes de iniciar a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, apresentou José Carvalho
101 de Noronha, membro do Conselho Consultivo do CEBES e pesquisador da Fiocruz, membro da
102 COFIN. E Leandro Fortes, jornalista, foi colunista da Carta Capital e é hoje consultor de mídias sociais.
103 Manifestou a grata satisfação de ter alguém que não é só do setor saúde, alguém da comunicação. A
104 pauta da saúde está sempre enviesada nos meios de comunicação, então fez questão de trazer
105 alguém com outro olhar. Em virtude da renovação de conselheiros pediu que os conselheiros recém-
106 chegados pudessem se apresentar. O Conselheiro **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, representante
107 da Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA) afirmou estar retornando, após dois anos, como
108 suplente. O Conselheiro José João Lanceiro de Palma de Palma apresentou-se como médico
109 sanitário que está assumindo a Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle
110 Social junto à GEPS, na Secretaria de Gestão Estratégica Participativa onde se disse muito feliz. A
111 Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** apresentou-se como diretora do DAGEP, agora assumindo a
112 primeira suplência aqui numa das vagas de governo. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de**
113 **Souza**, informou o recebimento de um memorando do gabinete do Ministro que coloca exatamente
114 essa nova configuração da representação do gabinete e do Ministério da Saúde. Então, o titular é
115 Arthur Chioro, primeiro suplente é Aparecida Linhares Pimenta, o segundo suplente é Antonio Alves de
116 Souza. O outro titular é Ana Paula Menezes, que está assumindo agora a Secretaria Executiva, o
117 primeiro suplente é José João Lanceiro de Palma de Palma, que já se apresentou, o segundo suplente
118 é Paulo de Tarso Monteiro Abrahão, que já esteve no Conselho Nacional de Saúde em várias
119 ocasiões. O outro titular é André Luis Bonifácio de Carvalho, Secretário da SGEF, e o primeiro
120 suplente é Kátia Maria Barreto Souto que acaba de se apresentar e o segundo suplente é Alexandre
121 Medeiros de Figueiredo, da SGETS. Passou então a palavra ao primeiro palestrante. O representante

122 do CEBES e da FIOCRUZ, **José Carvalho de Noronha**, cumprimentou a todos e afirmou que foi com
123 grande prazer que aceitou o convite da mesa diretora para participar dessa reunião. Já foi conselheiro
124 e atualmente está trabalhando junto com a COFIN do CNS, indicado pelo CEBES. O tema que lhe foi
125 proposto pela Presidente do CNS foi que a partir dessa tríplice função, como participante de uma das
126 entidades fundadoras e iniciadora do movimento da reforma sanitária na década de 80 e da qual
127 retornou por convite da Conselheira Ana Maria Costa, sua presidenta que é conselheira e seu outro
128 papel junto à Fundação Oswaldo Cruz, cujo presidente estava presente, Paulo Gadelha, onde ele é
129 coordenador executivo de um projeto de reflexões estratégicas sobre o sistema de saúde brasileiro
130 chamado Brasil Saúde Amanhã, para debater um momento importante da vida política do Brasil, da
131 vida política de um país que é a renovação do seu poder executivo central, da totalidade da Câmara
132 dos Deputados, um terço do Senado, a renovação de governos estaduais, das Câmaras Legislativas
133 estaduais, é através do sufrágio universal, direto e secreto, que foi conquistado inclusive com o voto do
134 analfabeto na Constituição que celebrou 25 anos no ano passado. E no momento particular também,
135 que foi uma decisão deste Conselho, de que a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que se realiza no
136 ano que vem, deva ter um papel marcante, revisitando os compromissos fundamentais que foram
137 sedimentados na 8ª Conferência Mundial de Saúde, que transporta para a Constituição de 1988 um
138 novo momento da vida política, social e econômica do Brasil. Então é com esse olhar que o Conselho
139 é uma entidade que tem que levar em conta esse processo eleitoral, mas não está subordinado a ele
140 porque é uma entidade permanente da sociedade civil e do poder. E uma parte dele vai se renovar. A
141 representação estadual e federal vai se renovar, mas a maioria do Conselho continuará com as
142 representações e suas raízes importantes, porque metade desse Conselho é a voz dos usuários,
143 metade desse Conselho é a voz das bases, é a voz dos movimentos sociais que transmitem e são
144 transmitidas por correntes de transmissões através dos Conselhos Estaduais e das entidades
145 nacionais para vocalizar e contrapor-se ou acordar com os gestores públicos e privados na estratégia
146 da conformação do sistema nacional de saúde. Essa conquista é marcada na Constituição de 88 e
147 intitulou, portanto, com essa perspectiva de um horizonte mais largo que passa pelas eleições, mas
148 terá uma inflexão nas eleições, mas que tem uma sobrevida maior do que isso. Intitulei sua
149 apresentação como: desafios do sistema de saúde brasileiro. Certamente alguns reclamarão da falta
150 de especificidade, de não estar tratando de alguns pontos mais específicos, mas essa foi uma opção
151 deliberada porque acredita que não é ele, nesse papel, com esse caminho, que deva intervir nessas
152 projeções mais específicas. Sua intenção foi justamente trazer um marco geral que tem pautado a
153 reflexão que se tem feito com vários pesquisadores, não apenas da Fiocruz, mas de outras
154 universidades, também através de participações em vários conselhos, sobre os desafios colocados
155 para o Sistema de Saúde Brasileiro. Colocou de propósito inicialmente as duas marcas do seu ponto
156 de vista, de onde está falando, é basicamente o projeto Saúde Amanhã, prospecção estratégica do
157 sistema de saúde do CEBES. A primeira reflexão é que a Constituição introduziu, garantiu o voto
158 universal, para analfabetos e direitos do cidadão. Constituição que Ulisses Guimarães chamava de
159 cidadã. Este Artigo 196 é um artigo programático, mas não realizado, a realizar. E esse artigo ao seu
160 ver, e tem que ser recitado por todos como um mantra, independente da fé religiosa. Quem for muito
161 católico, depois da oração matinal, quem for evangélico, depois da leitura de trechos do evangelho que
162 mais apreciam ou uma epístola, quem for judeu, depois de ler a Torá ou recitar um salmo. Quem é
163 materialista recitar só esse mantra, quer for budista, sentar olhando para a parede e recitar esse
164 mantra, se for tibetano pode recitar esse mantra porque é parente dele, porque esse é o fundamento
165 que tem que estar presente em qualquer e toda a eleição. São três componentes. O primeiro,
166 fundamental, que a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Portanto, é o preceito
167 constitucional a inscrição da saúde como um direito fundamental. Dizia o filósofo do direito italiano
168 Norberto Bobbio “que o enunciado do direito é fundamental para a garantia desse direito”, então ter
169 colocado isso na Constituição é absolutamente essencial. O segundo ponto é que esse direito é
170 garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos.
171 Estava previsto para Paulo Buzz falar sobre isso no CNS: como um conjunto de fatores “educação,
172 saneamento, meio-ambiente, trabalho, emprego” impactam sobre a saúde. É o que se assiste no Brasil
173 nos últimos anos, quer dizer, como a mudança da desigualdade, o acesso de camadas populacionais a
174 maior parte de renda altera esses indicadores que, muitos deles, têm mais importância do que ações
175 de serviço de saúde, do que o hospital, casa de saúde, o cuidado específico com a saúde. E em
176 terceiro lugar falou de um tema mais específico. Adib Jatene, que foi Ministro da Saúde duas vezes,
177 que todos conhecem, cirurgião cardíaco de São Paulo, foi Ministro da Saúde duas vezes, dizia sempre
178 que defendeu a CPMF, a ampliação do financiamento da saúde. Ele dizia que esse era o ministério da
179 doença, que o Ministério da Saúde está lá fora, o Ministério da Saúde está aqui do lado: os outros
180 ministérios da esplanada. Quer dizer, uma taxa de elevação da taxa de juros faz um mal enorme à
181 saúde, a queda da taxa de emprego faz um mal enorme a saúde. Ele dizia então que nós aqui, quando
182 isso tudo dá errado o MS tem que cuidar da saúde. Isso é muito importante porque trabalham numa
183 pasta importante e mostrou algumas reflexões e provas que demonstram essa importância. Primeiro
184 compartilhou que o Brasil sofre nos últimos anos uma grande mudança demográfica, atualmente

185 apresentando a estrutura da população por idade e sexo com uma pirâmide, porque tem mais criança
186 e tem pouca pessoa adulta. Apresentou a pirâmide de 2010 e a projeção para 2030, quando já não é
187 mais uma pirâmide, e sim um barril porque a população vai envelhecendo. Não só vai envelhecendo,
188 como o Brasil vai, a partir do ano de 2040, ter menos nascimento do que morte. A população vai
189 decrescer se não houver migração, porque a taxa de fertilidade está decrescendo e isso provoca
190 mudanças profundas nas necessidades de saúde da população. Por essa razão é muito importante
191 que esse Conselho reflita sobre o assunto, porque vai aumentar estupidamente a quantidade de
192 pessoas idosas que estão fora do mercado de trabalho, que não estão mais na fase produtiva e a
193 razão entre idosos e jovens auto inverte-se, há mais idosos do que jovens. Portanto, é um problema
194 que já está sendo enfrentado pelas economias desenvolvidas, mas o Brasil está caminhando
195 aceleradamente para isso. E há também consequências importantes envolvendo do ponto de vista de
196 ocupação territorial do Brasil. Há municípios que estão perdendo população. Todo o noroeste do Rio
197 Grande do Sul, oeste de Santa Catarina e Paraná estão perdendo população. Eles não estão
198 crescendo. A população lá, não só está envelhecida, como está saindo de lá e o que está crescendo é
199 a região norte e nordeste. E qual a importância disso? As estruturas de saúde, que existem no Rio
200 Grande do Sul, por exemplo, inclusive hospitalares, onde a população já está indo embora, já não é
201 mais necessária. Isso também tem que ser refletido e tem, sobretudo, uma modificação de acordo do
202 tipo de uso que é dada a terra e o tipo de situação que se encontra, o que faz com que se tenha uma
203 reflexão crescente no SUS, no sistema de saúde de base regional e localizada. Isso já era sabido, mas
204 se torna cada vez mais importante. Não se pode mais ter uma política de saúde para a Amazônia, e
205 agora menos ainda, que seja correspondente a uma política do Rio Grande do Sul. Deve ser uma
206 política para as regiões metropolitanas mas que seja igual à política de Rondônia ou do Amapá. É
207 preciso entender que não há uniformidade. Portanto os recursos alocados às políticas também terão
208 que ser diferenciados. E a outra coisa também que com esse envelhecimento populacional, essa
209 tendência de perfil que já ocorre há muito tempo, posto que os dados são do censo de 2010. Dos
210 5.560 municípios no censo de 2010, 600 possuem mais de 60% da população, urbanizada, efeito que
211 ocorreu aceleradamente no Brasil concentrando em poucos municípios uma população envelhecida
212 que tem que ser cuidada. A questão da base municipal de cuidado tem que ser repensada do ponto de
213 vista de ser necessária a articulação desses entes federativos para a prestação dos cuidados tão
214 necessários para uma população envelhecida. Explicou que desde 1930, apesar de um quadro sério
215 de doenças infecciosas e parasitárias, houve um aumento considerável nas doenças crônicas,
216 mudando o paradigma da cura para o cuidado (from cure to care apud Cochrane). Acrescentou que de
217 acordo com os levantamentos para os próximos vinte anos, as doenças do coração crescerão 25% e
218 as doenças respiratórias quase 120%. Devemos levar em consideração, o quadro de envelhecimento
219 populacional e o da mudança demográfica que serão fatores de extrema importância para o desenho
220 das políticas de saúde no futuro brasileiro. Ressaltou que haverá um aumento de idosos, na sociedade
221 brasileira, levando a necessidade de estruturação de espaços institucionais de longa permanência e
222 cuidados paliativos e, sobretudo, aumento da integração com sistemas de suporte a nível comunitário
223 (cuidadores, assistência social, PSF, CRAIS; redes locais). Nesse contexto, o cuidado com a saúde
224 deverá ser permanente, o tempo todo. Isso refletirá em um aumento no número de pessoas que
225 usarão continuamente os serviços de saúde em sua totalidade, não somente a atenção primária.
226 Exemplificou que se tivesse um derrame, seria levado para um hospital, necessitaria de exames,
227 quando saísse precisaria de um cuidador, de um médico da família, de um fisioterapeuta, perto de sua
228 residência. Destacou que com isso, as questões relacionadas à saúde devem se comunicar, de forma
229 crescente, transformando-se nas chamadas Redes Assistenciais. O decreto nº 7.508, da presidente
230 Dilma Rousseff, que dispõe sobre a organização SUS, planejamento da saúde, e a assistência à saúde
231 e a articulação interfederativa, cita a necessidade de um processo de referência e contra referência
232 continuados. Com isso, somente o médico não resolverá, mas sim equipes multiprofissionais, com um
233 espaço adequado para esse tratamento. Existe, hoje, um grande vazio de espaços institucionais para
234 cuidados prolongados no país. Acrescentou que esse é um grande desafio de investimento. Advertiu
235 que hoje a emergência da rede pública está abarrotada, os corredores estão cheios, não é de pessoas
236 com problemas agudos, são pessoas com derrame, são pessoas com Alzheimer, são pessoas com
237 câncer que estão morrendo lotando os corredores da emergência. Ressaltou sobre a necessidade de
238 repensar a assistência médica e as instruções de cuidados paliativos, aumentar espaços institucionais
239 e garantir a integração do sistema de suporte comunitário, de cuidadores e de assistência social.
240 Informou que quanto mais saúde um povo tem mais assistência médica ele precisa, isso também é
241 outra necessidade que devemos rever. Promoção da saúde é boa porque eu vivo mais tempo com boa
242 saúde. Exemplificou: “Se tivesse eu morrendo aos 65 anos, eu nasci, fui um bebezinho normal, com
243 um pouquinho de mais cuidado, quando cheguei aos 25 anos, quebrei meu braço, fiquei bom do meu
244 braço, tive uma pneumonia e depois vivi bem, comecei a passar mal, tive um infarto, morri. Nesse
245 período gerei gastos aos serviços de saúde”. “Agora vamos supor que não morri de infarto, mas tive
246 um câncer, comecei a precisar de mais médico, logo depois, precisei operar meu estômago, eu fiz uma
247 colostomia e melhorei, tive um derrame e morri”. Explicou que evidentemente gastaria mais serviços de

248 saúde, contudo viveria mais tempo feliz, em boa saúde. Ressaltou que não é para economizar dinheiro
249 que a gente faz promoção em saúde. “é para viver mais e melhor”. A implicação disso é que quanto
250 mais velho maior o gasto de assistência à saúde. Destacou, inclusive, que apenas a mudança na
251 estrutura demográfica, sem alterações tecnológicas ou epidemiológicas significativas implicariam, em
252 20 anos, em um incremento de gastos da ordem de 37% nos gastos com atenção à saúde. Por isso o
253 Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde irão precisar de mais recursos só pelo envelhecimento
254 populacional. Frisou que temos uma necessidade de financiamento adicional, apesar de todas as
255 nossas carências, precisaremos de mais, além do “Saúde Mais Dez” precisaremos de 37% a mais, nos
256 próximos vinte anos. Acrescentou que também existe o problema referente à forma que essa evolução
257 será ofertada no Brasil, pois hoje isso ocorre de forma desigual, concentrando-se nas regiões mais
258 ricas do Brasil. Nas regiões mais pobres, existe a real necessidade de investimento. “É preciso
259 repensar em uma política de investimento”. Dessa forma o Ministério da Saúde, o Sistema Único de
260 Saúde, as instâncias tripartiti deverão realizar um programa de investimento de atenção básica, de
261 média e alta complexidade, a longo prazo. “Sendo assim, teremos a capacidade de fazer com que um
262 bebê de quinhentas ou de seiscentas gramas sobreviva, não condenaremos esse bebê a morte”. Para
263 termos uma ideia sobre a situação de investimento e as carências, hoje no Brasil, existem de sete a
264 oito estruturas para traumas complexos, as que podem atender de acordo com a portaria do Ministério
265 da Saúde. Essas instituições estão localizadas no Triângulo Mineiro, Brasília e Palmas, entre outros.
266 Só temos isso, o restante é um deserto. Precisamos então de investimento em equipamentos, em
267 recursos humanos, entre outros. Para enfrentarmos essa situação, precisaremos de recursos
268 financeiros. Com isso poderemos qualificar pessoas, espaços institucionais, para criarmos espaços de
269 longa permanência. Esclareceu que uma das dificuldades encontradas para investir é que o Brasil já
270 comprometeu uma grande parte da proporção das riquezas nacional, os quais são destinadas para
271 serviços de saúde. Completou afirmando que “O Brasil ainda tem que crescer muito para poder fazer
272 tudo que se precisa”. As riquezas do país são divididas por nossos 200 milhões de brasileiros, nos
273 deixando longe dos modelos europeus. Temos uma riqueza importante, mas quando dividimos com
274 população nos igualamos a Argentina, Chile, México, África do Sul, Zimbábue e Namíbia. Ressaltou
275 que o Brasil já se desalinha da Europa. “Temos uma participação pequena no gasto público, com todo
276 o SUS que fizemos”. Temos uma iniquidade na destinação de recurso, o sistema de saúde brasileiro
277 situa-se no pior perfil dos Gastos em saúde, isso em países selecionados da OCDE, junto com os
278 Estados Unidos. Detalhou que não estamos juntos com os países que são universais e equitativos
279 como: a França, que 76% é público, a Austrália 70%, Bélgica 76%, Itália 80%, Japão 80%. Prosseguiu
280 dizendo que temos um perfil de gasto pior do que os Estados Unidos. Explicou que atendemos com os
281 gastos públicos: quem não tem vínculo formal de emprego e quem não tem renda. “Isso é um
282 problema, porque já gastamos uma parte importante da riqueza nacional ou quase 9% do PIB”.
283 Destacou que a metade, desse gasto, é predominantemente privado. Dessa forma, quando
284 comparamos com o gasto orçamentário federal, veremos um problema sério. Em 2013 a saúde
285 consumiu 6% do gasto federal. Dessa porcentagem de gasto federal, 18% dos recursos são para
286 pagamentos de juros, encargos e para amortização da dívida, ou seja, para reembolsar os rentistas.
287 Nesse sentido, explicou que a intenção da Constituição de 1988 era vincular, como disposição
288 transitória, o recurso da receita da seguridade social para a saúde. Com isso, no ano de 2013, a
289 receita da seguridade foi de quinhentos e cinquenta bilhões, ou seja, 25% seriam destinados para o
290 orçamento do Ministério da Saúde, um montante de cento e trinta e sete bilhões. Saliu que se
291 houvesse a destinação dos 30%, conforme proposto na emenda do Waldir Pires e do Eduardo Jorge, o
292 orçamento do Ministério da Saúde seria de cento e sessenta e quatro bilhões - “Estariamos um pouco
293 melhor”. Porém, o orçamento efetivamente gasto no Ministério da Saúde, em 2013, foi de noventa
294 bilhões. Esclareceu que o programa “Saúde Mais Dez” é modesto quando pede 10% da receita, pois é
295 menos do que o Constituinte de 1988 definiu. “Temos que reequilibrar o gasto público e o gasto
296 privado, temos que reequilibrar, também, o gasto tributário”. Elucidou ao demonstrar que a carga
297 tributária bruta do Brasil é 35%, ou seja, trabalhamos quatro meses, no ano, para o governo. Mas não
298 estamos mal, se comparamos com os países mais equitativos, alguns até gastam mais na proporção
299 com impostos. “Fazer política social direito, tem que gastar dinheiro, não tem jeito...”. Mas temos que
300 discutir um último problema. Destacou que a terceira iniquidade, no Brasil, é a arrecadação de imposto
301 sobre a folha de salário e serviços, deveria ser feita sobre a renda. Isso quer dizer que gastamos sobre
302 a renda 19%, pior que os Estados Unidos, considerado um país muito desigual. Temos que encerrar
303 uma reforma tributária, ou seja, uma realocação dolorosa do gasto público-privado. Concluiu sua
304 apresentação demonstrando, conforme estudos feitos pelos economistas do IPEA, que gastar em
305 saúde faz bem ao país e reduz iniquidade. Ao calcular o GINI, indicador que mede desigualdade,
306 concluíram que quando pagamos juros aumentamos a desigualdade, quando exportamos matéria
307 prima aumentamos a iniquidade, mas quando gastamos em educação diminuimos a iniquidade. Nesse
308 sentido, ao investir em saúde diminui a desigualdade e aumenta o PIB. Solicitou que os conselheiros
309 se debrucem sobre os desafios que teremos que enfrentar nos próximos vinte anos. “Alguns deles
310 muito dolorosos”, pois em relação do gasto público-privado, apenas um quarto da população brasileira

311 tem plano de saúde. Explicou ainda, que a maior parte dos planos de saúde são planos coletivos, que
312 só atendem basicamente população no mercado de trabalho. “Essa é a população mais sadia que os
313 velhinhos”. Conforme números de 2012, o SUS pagou para cada episódio de internação mil reais, já a
314 média dos planos de saúde foi de cinco mil reais “você acham sinceramente que a assistência dada
315 por mil reais e a mesma atenção que é dada por cinco mil?”. Finalizou dizendo que nessas eleições,
316 temos que optar entre o projeto de desenvolvimento social, de repartição equitativa, coerente com o
317 Artigo 196, ou aumentar uma sociedade de privilégio e de casta. **Fim da apresentação.** A Conselheira
318 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu pela contribuição do representante do
319 CEBES e da FIOCRUZ, José Carvalho de Noronha, e em seguida, deu continuidade com a
320 contribuição do senhor **Leandro Fortes**, Jornalista e Consultor em Mídias Sociais (ex-colunista da
321 Carta Capital). O jornalista cumprimentou a todos, agradeceu o convite para participar dessa reunião e
322 justificou sua ausência, em 2013, por está doente no dia da apresentação. Iniciou lembrando de que
323 seu ramo de trabalho não é saúde, mas sim comunicação. Explanou sobre sua experiência profissional
324 de 30 anos como repórter e 25 anos atuando em Brasília. Relatou que acompanha, do outro lado do
325 balcão, as questões relacionadas à saúde, sobretudo a visão deturpada da mídia. Demonstrou sua
326 preocupação sobre o fato de que as discussões sobre saúde no Brasil, assim como as discussões
327 sobre outros problemas estruturais do país, não passa ou pelo menos não tem passado da forma
328 correta pelas estruturas de comunicação dos sistemas de saúde. Prosseguiu afirmando que qualquer
329 empresa privada no mundo, assim como qualquer entidade pública, sobretudo, nos países mais
330 desenvolvidos, passa pela construção e pela edificação de um sistema de comunicação que seja
331 compatível com as ações realizadas por esses sistemas. Cientificou que trabalha praticamente com a
332 discussão política da comunicação no Brasil, com as redes sociais, principalmente com a
333 desmistificação da comunicação. Disse ainda, que gostaria de estar no pleno do CNS, como repórter e
334 não como convidado para fazer essa série de pautas que foram debatidas, que é desconhecida pela
335 maioria da população, porque o sistema de comunicação no Brasil é altamente degradado, funciona a
336 partir de oligopólios da comunicação, ou seja, meia dúzia de famílias que mandam e detêm o poder
337 sobre a comunicação no Brasil. Esses oligopólios formam um monopólio de pensamento único e
338 indistinguível, que faz com que toda a comunicação sobre qualquer coisa, inclusive saúde, seja feita de
339 forma deturpada e voltada apenas para interesses privados que financiam essa comunicação. Explicou
340 que quando chega o período de campanha eleitoral as discussões são mais deturpadas, ou seja, são
341 transformadas, de uma maneira muito mesquinha, em questões eleitorais - “como se não houvesse,
342 por trás dessa discussão, duzentas milhões de pessoas interessadas no assunto”. Afirmou que esses
343 oligopólios de comunicação defendem basicamente dois pilares: o primeiro deles é a defesa do grande
344 capital, que inclui os interesses das indústrias farmacêuticas, os interesses dos planos de saúde,
345 interesse da saúde privada, e o outro do latifúndio, responsável pela evasão populacional do campo,
346 que gera gravíssimos problemas de saúde nos centros urbanos. Destacou que a defesa do sistema de
347 saúde é feita a partir do viés privado, do interesse do capital das indústrias farmacêuticas, das
348 indústrias de produção de medicamentos e da discussão ainda muito neoliberal sobre esse assunto.
349 Devemos transformar o nosso sistema de comunicação em sistemas de comunicações públicos em
350 uma alternativa à mídia. Fez uma explanação sobre sua geração, que discutia “Mídias Alternativas”, e
351 citou a limitação de matéria prima. Informou que com o surgimento da internet, em meados dos anos
352 90, acabou com a intermediação exclusiva entre mundo e cidadão feita pelo jornalista, “isso
353 obviamente não é um ataque aos jornalistas”. Dessa forma, o que acontecia no mundo não precisava
354 mais chegar, ao cidadão, somente pelo microfone de um jornalista. Esclareceu que ganhamos muito,
355 mas nem todos atentaram para a dimensão positiva desse fenômeno. Isso significa que cada pessoa,
356 cada cidadão, cada entidade pública ou privada, cada associação, cada movimento humano, passou a
357 ser uma mídia em si, é o fenômeno que os estudos de relações de mídias digitais chamaram de “Mídia
358 da Fonte”. Isso significa que os Conselhos, o Ministério da Saúde, na Fiocruz, não precisam da
359 intermediação da mídia para fazer comunicado, mas é necessário construir um sistema planejado para
360 isso ser feito. Nessa linha, explicou que uma das armadilhas preferidas da internet é achar que a
361 interdemocratização da informação gera informação. Entretanto, todo processo de construção de
362 comunicação deverá passar por um planejamento, pois o meio em si, só funciona se o público alvo for
363 definido de forma muito precisa, muito cirúrgica. Destacou, inclusive, que temos a capacidade de
364 repassar informações e com isso fugir do cerco midiático o qual somos submetidos diariamente.
365 Relatou, inclusive, que ao observar a apresentação do Noronha, concluiu que cada tema apresentado
366 poderia ser uma pauta jornalística humanizada, já que o trabalho de humanização da questão da
367 saúde no Brasil é um trabalho de comunicação. Dessa forma, explicou que o trabalho de humanização
368 é um trabalho político, um trabalho ideológico, “se você pensa que um trabalho de transformação de
369 bases sociais ele é eminentemente ideológico esse trabalho é um trabalho de comunicação”. Por isso,
370 precisamos integrar a discussão referente à comunicação. Ressaltou que o comunicador não é
371 somente o jornalista, mas também a sociedade que se comunica através das redes sociais. Por isso,
372 precisamos aprender a dominar essa comunicação e utilizá-la de forma estruturada para que ela não
373 sirva apenas, por exemplo, para os períodos eleitorais. Advertiu que a visão da saúde no Brasil é

374 eleitoral, pois se transforma em discussão de fato público, somente, no período eleitoral. Nesse
375 sentido, acrescentou que os discursos irresponsáveis, referente à saúde, não são analisados pela
376 mídia, primeiro porque não há profissionais capacitados na imprensa brasileira tornando-a um ninho de
377 especialistas em generalidades, segundo porque as faculdades de jornalismo estão totalmente
378 precarizadas, sobretudo depois que se caiu à obrigatoriedade do diploma, os jornalistas deixaram de
379 ter uma visão humanística intelectual sobre aquilo que escreve e são colocados de forma precária no
380 mercado de trabalho. Citou como alternativa a comunicação em rede que deve ser utilizada,
381 principalmente, quando começar os processos eleitorais. Esses processos são, necessariamente,
382 ruidosos, são feitos para que não se aprofunde de fato a comunicação, já que dependem da questão
383 passional, emocional, da discussão afetiva sobre as relações interpessoais, institucionais. “Então o que
384 nós precisamos é estabelecer uma comunicação de verdade e politizá-la sem vergonha”. Afirmou que
385 a questão da saúde é uma questão política e quando for discutida, de forma ideológica, deve ser feita
386 sem nenhuma vergonha. Exemplificou com o caso do Conselho Federal de Medicina e da Associação
387 dos Médicos, que abandonaram o Conselho Nacional de Saúde, por questões ideológicas. Elucidou o
388 caso relatando que “o governo lançou um programa que tem um potencial eleitoral imenso, isso
389 incomodou profundamente, não os médicos, mas os interesses que os cercam, que os financiam, não
390 só os médicos, mas os sistemas aos quais eles pertencem”. Fundamentou dizendo que é ingenuidade
391 achar que o programa “Mais Médico” seja a solução do problema de saúde no Brasil, mas frisou que é
392 um programa sensacional, “Ele não resolve as coisas, mas ele criou uma sensação de conforto”.
393 Descreveu que essa sensação de conforto ocasiona o desconforto na mídia. A própria discussão sobre
394 os Mais Médicos é ideológica. A sociedade busca a informação por meios de comunicação, que
395 deturpam sistematicamente, não apenas o “Mais Médicos”, mas toda e qualquer ação de saúde que
396 tenha visão progressista e que venha de uma ação popular. Expôs que desejava ver o governo
397 integrado numa rede de comunicação. Com isso, desestabilizaria o tipo de comunicação que, hoje,
398 manda no Brasil. Outro ponto abordado foi à falta de regulação dos sistemas de comunicação, “não
399 tem nada a ver com liberdade de imprensa ou da expressão, liberdade de imprensa e liberdade de
400 expressão”. Mas com os tipos de discursões que são colocadas pela mídia de forma deliberadamente
401 confusa e de má fé. Afirmou com isso, que temos que ter o mínimo de regulação, principalmente na
402 comunicação pública. Nessa linha, explicou sobre a importância de mudar o tipo de comunicação que
403 é feita no governo federal. “ninguém suporta mais a comunicação por release”. Precisamos utilizar as
404 informações e transformar numa narrativa, numa linguagem que se adequa ao cidadão, precisamos
405 criar as estruturas de comunicação com jornalistas, comunicadores, blogueiros, twitteiros,
406 facebookeiros, ou seja, pessoas que entendem e pensam dentro destas plataformas que levam a
407 informação ao mundo. Informou que temos a responsabilidade de transformar a comunicação, “é uma
408 discussão que não é apenas de comunicação, é também ideológica, fruto do que nós pensamos em
409 relação à democratização da informatização no Brasil”. Essa discussão tem que permear todas às
410 outras. Sem comunicação, sem estrutura de comunicação ou com comunicação precária, todos nós
411 perdemos: governo, empresário, e, sobretudo, a população. Concluiu dizendo que ficou impressionado
412 com a apresentação do Noronha e informou que não conhecia os dados citados. Informou ainda, que
413 são dados desconhecidos pelos jornalistas porque primeiro ninguém se interessa de verdade, segundo
414 ninguém é informado e em terceiro os veículos de comunicação não pautam. Ao transformar esse tipo
415 de informação em discussão pública se altera completamente a concepção sobre o que é saúde no
416 Brasil. Solicitou aos conselheiros que nas próximas reuniões pensem “um pouco mais na
417 comunicação, pensem um pouco mais na necessidade de profissionalizar ao máximo a estrutura de
418 comunicação e tirá-las dessa precarização, que prejudica não apenas a informação, mas prejudica o
419 sistema como um todo”. Encerrou sua apresentação agradecendo a todos. **Fim da apresentação.**
420 Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, manifestou a vontade em ter o
421 jornalista, Leandro Fortes, como consultor de comunicação no CNS. Frisou sobre a dificuldade de
422 transformar o posicionamento do Conselho, o debate político, a reflexão, em informação dentro da
423 conjuntura social. Informou que o tema é uma afirmação da linha que o conselho está construindo, em
424 focar na sociedade as discussões. Destacou que nesse momento conjuntural devemos ouvir o a
425 população e exercer a democracia. Frisou que no dia 27 e 28 de maio tem uma plenária de Conselhos,
426 que vai reunir mais de mil conselheiros e movimentos sociais para decidir “qual é a nossa pauta e qual
427 é na verdade a nossa agenda da saúde para fazer o debate político nos estados e nas nossas
428 organizações”. Relembrou que na década de 80, tínhamos a agenda pela democratização, pelo
429 enfrentamento da ditadura militar. Nos anos 90 pela inflação, pela valorização da moeda. Nos anos
430 2000 a inclusão social. Nesse contexto, informou que está claro que a agenda de 2014 é a de
431 qualidade dos serviços públicos. “... É mais do que uma pauta emergencial, é uma pauta estruturante,
432 que é o papel do Estado, é o papel da proteção social, é a dimensão de que estado nós queremos,
433 que é o estado de bem estar social...”. Finalizou dizendo devemos acumular esse debate, olhando a
434 plenária de Conselhos, para que os estados se orientem para um direcionamento político mais
435 nacional. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
436 CNBB, saudou os conselheiros e os internautas que acompanham a reunião em tempo real.

437 Manifestou preocupação exatamente com aquilo que foi apresentado “No momento eleitoral ouvimos
438 de candidatos às promessas mais variadas, juras de amor em relação à saúde, que depois de fato não
439 se concretizam...”. Exemplificou fazendo referencia a lei 11.265 de 2007, que ate o momento não foi
440 regulamentada, como outras tantas leis que se cria no Brasil e que dependem de decreto. Nesse
441 sentido, solicitou ao Ministério da Saúde esclarecimento sobre o decreto que regula a Lei 11.265.
442 Continuou sua manifestação, fazendo referencia a nota da CISI, sobre as necessidades sentidas pela
443 população, para a reflexão do documento político, em relação aos candidatos e aos governos durante
444 as eleições de 2014. Convidou a todos, a ler seu artigo, que foi construído coletivamente pela CNBB e
445 outros membros de pastorais sociais “Tempo de Renovar nossos Políticos”. Concluiu agradecendo.
446 Conselheiro **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, representante da Aliança Independente dos Grupos de
447 Apoio (AIGA), parabenizou a apresentação e salientou a importância da imprensa como controle
448 social. Destacou ainda, a importância da contribuição dos conselheiros nacional, estaduais, municipais
449 para a imprensa, não só em pautar a saúde, mas para esclarecer as duvidas sobre os programas de
450 saúde. Concluiu agradecendo. Conselheiro **Nelson Mussolini**, representante da CNI, parabenizou a
451 apresentação e destacou a questão do quadro da tributação geral dos países da OCDE e do Brasil,
452 referente a medicamentos, frisando que a França, que tem um dos maiores impostos do mundo (44,2%
453 de tributação sobre todo o PIB do país) e só cobram 2% de impostos em medicamentos, o Reino Unido
454 cobra zero, a Espanha cobra 4%, já o Brasil, com uma tributação de 35%, cobra sobre medicamentos
455 33,9% “é uma coisa assim inacreditável...”. Ressaltou sobre a batalha da indústria farmacêutica
456 referente aos tributos cobrados sobre medicamentos e fez um comparativo “... no sal de cozinha
457 pagamos 15% de impostos, já no anti-hipertensivo pagamos 33,9%...”. Informou sobre a importância
458 de pautar o assunto no pleno do CNS e lembrou que se extinguissemos os impostos sobre
459 medicamentos, reduziríamos 33% do valor do medicamento na farmácia. Concluiu agradecendo.
460 Conselheira **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), saudou a todos e
461 explanou sobre a importância do período eleitoral e o valor desse período para o CNS, posto que seja
462 o momento de decidir e encaminhar um conjunto de estratégias que possa envolver não só a
463 comunidade da saúde, mas a sociedade de uma forma geral. Informou sobre a necessidade de definir
464 uma cruzada comunicativa que possa envolver todas as entidades e mecanismos de comunicação.
465 Ressaltou sobre o potencial de contribuição da Fiocruz, Já que é parceira da luta pelo direito à saúde.
466 Explicou que chegamos a um topo de um processo que a implementação e a consolidação dos
467 princípios constitucionais chegaram a um limite. Nesse sentido, observou que se não houver uma
468 ruptura explícita, franca, profunda no modelo de desenvolvimento, não avançaremos. Refletiu que ao
469 longo dos anos 90, estimulamos e avançamos no modelo de atenção e no fortalecimento da atenção
470 básica. “hoje ele está exaurido na sua capacidade de reformular e de mudar o modelo especialmente
471 de avançar na integralidade”. Nesse contexto, informou que esse debate iluminará não só os
472 processos das eleições, mas a própria XV Conferência Nacional de Saúde “Como avançar e radicalizar
473 o modelo de atenção nas suas necessidades essenciais e urgentes de atender a integralidade da
474 população brasileira”. Finalizou relatando que o SEBS está insistindo na defesa de uma tese política
475 que vai rumo do alargamento do debate com a sociedade e da recuperação de uma premissa básica
476 da reforma sanitária, a repolitização e a ampliação da consciência sanitária. Concluiu agradecendo.
477 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB,
478 parabenizou a apresentação e destacou a importância do tema discutido. Explanou sobre o
479 crescimento do salário mínimo, que cresceu 53%, acima da inflação, durante os dois governos Lula.
480 Nesse contexto, expôs que no governo Dilma ocorreu um crescimento de 11%, dos quais 7,5
481 decorreram do aumento do PIB do último ano do governo Lula. Concluiu a ideia demonstrando um
482 avanço das conquistas sociais no governo Lula e um retrocesso no governo Dilma. Relembrou o
483 debate eleitoral da presidente Dilma, todavia frisou que não cumpriu alguns pontos como: privatização
484 do petróleo, do pré-sal, para as companhias multinacionais e redução das verbas de royalties da
485 saúde. Abordou sobre a crise no IBGE, a tentativa de esconder o desemprego, sobre as
486 manifestações e sobre o investimento na mobilidade urbana. Concluiu sua manifestação perguntando
487 “se iremos insistir nesse caminho ou procuraremos alternativas para tocar as coisas para frente”.
488 Solicitou a reflexão do argumento. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, Movimento Nacional de Luta
489 Contra a Aids, manifestou sua preocupação argumentando para quem é a saúde pública. Explicou que
490 a saúde pública está nas discussões como saúde para os pobres e não para todos, ou seja, quem tem
491 dinheiro não precisa do SUS, pois usa um plano privado de saúde. Nessa linha, questionou sobre a
492 perspectiva que será adotada pelo conselho e como será pautada essa questão. Sugeriu a discussão
493 sobre o que é igualdade em saúde e o que é equidade para o CNS, para definir essas questões,
494 inclusive as de saúde suplementar e dos plano privado de saúde. Concluiu dizendo que cada vez mais
495 os recursos estão sendo alocadas na saúde privada e não da saúde pública. Conselheiro **Haroldo**
496 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, informou que
497 este ano acontecerá muito mais que uma disputa eleitoral, isso significa uma disputa de concepção e
498 ideia do que pretendemos para o nosso país. Expôs dados de pesquisa realizada pelo CONASS, a
499 respeito da percepção do povo brasileiro sobre o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, explicou

500 que diferença marcante é quando a pergunta era feita sobre a percepção daquela pessoa sobre o SUS
501 na sua cidade e a percepção da mesma pessoa sobre o SUS no Brasil, havia uma diferença marcante,
502 ela sempre avaliava melhor o SUS na sua cidade do que o SUS no país. Nesse sentido, o SUS na sua
503 cidade era avaliado conforme a sua história direta e no país ela tinha a mediação daquilo que se vê
504 pela televisão e pelo jornal. Citou a frase apresentada pelo Leandro "... quem perde a guerra da
505 comunicação, perde...". Lembrou que os modos e meios de comunicação estão mudando e
506 continuamos com dificuldades de comunicar. Avaliou que o Conselho precisa tratar e associar os
507 temas das eleições de 2014, da XV Conferência Nacional de Saúde e da regulamentação dos meios
508 de comunicação. Conselheiro **André Luiz Bonifácio**, Ministério da Saúde, Cumprimentou a todos e
509 parabenizou as apresentações do Noronha e do Leandro. Destacou que a apresentação do Leandro
510 qualifica e fortalece o debate que o Noronha. Retomou a apresentação do Mais Médicos e citou a frase
511 "nós estamos humanizando uma relação, colocando um humano como centro e menos a tecnologia".
512 Citou os casos das enchentes em Rondônia e informou que é o SUS quem está salvando os milhares
513 de desabrigados. Informou ainda, sobre as equipes do SUS que trabalhavam até 11 horas seguidas.
514 "Isso não foi noticiado pelas mídias". Concluiu a manifestação salientando que os meios de
515 comunicação só noticiam dados negativos e que não é somente o governo que precisa ser convencido
516 ou fortalecido "temos que convencer a sociedade que investir em saúde e educação é bom para a
517 cidadania brasileira e isso não é uma tarefa fácil, isso não é só uma coisa de governo, isso é uma
518 coisa de sociedade e cidadania na formação domiciliar de cada um de nós". Conselheira **Denise**
519 **Torreão**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, cumprimentou a todos e perguntou o CNS irá
520 gerar algum manifesto e Algum documento, pois observou o documento da CISI, o documento do
521 Ronald, o Fórum de Trabalhadores também elaborou um documento em reunião. Conselheira Maria do
522 Socorro de Souza, Presidente do CNS, respondeu que hoje não teria condições de gerar algum
523 documento e que era só um diálogo, mas sugeriu avançar na elaboração até o final de maio.
524 Conselheira Denise Torreão agradeceu a resposta e prosseguiu parabenizando a apresentação do
525 professor Noronha e se reportou ao slide 33 "enquanto a gente tiver gastando 15% na atenção básica
526 e 47% na média e alta complexidade a gente não vai inverter a lógica do sistema". Informou que
527 estamos descendo na curva do investimento e deveríamos estar subindo na curva do investimento
528 para reduzir as desigualdades sociais, as desigualdades com saúde. Finalizou socializando o
529 documento que o Fórum dos Trabalhadores elaborou. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
530 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), saudou os conselheiros e os internautas que
531 acompanham a reunião em tempo real. Prosseguiu agradecendo ao Leandro Fortes e o Noronha pela
532 forma que fizeram a apresentação. Manifestou sua preocupação sobre o efeito das crises econômicas
533 mundiais e esse modelo neoliberal que o Brasil adotou. Perguntou ao Noronha de que forma essas
534 crises está impactando a saúde e que proteção podemos conferir à saúde. Solicitou observação na
535 contribuição do Noronha que um terço da força de trabalho dos trabalhadores é aplicado na carga
536 tributária, ou seja, para aplicar em saúde. Mas essa aplicação não está voltando para esse trabalhador.
537 Ressaltou que a evolução do salário mínimo, a análise do quantitativo de planos de saúde, de acordo
538 com o salário mínimo, os pobres são os que são assistidos pelo SUS e os que têm renda acima de dez
539 salários mínimos estão comprando plano de saúde. Acrescentou que o SUS atende dois terços da
540 população brasileira ou três terços porque cinquenta milhões está sendo cobertos por planos de saúde.
541 Com isso, o SUS é um patrimônio, do maior percentual, da população brasileira, com mais de 200
542 milhões da população brasileira. Concluiu destacando a importância do manifesto, do controle social,
543 para apresentar aos candidatos: o que é o SUS e a força do SUS. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
544 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores, saudou os conselheiros e os internautas que acompanham a
545 reunião em tempo real e parabenizou a apresentação dos palestrantes e informou que sentiu falta, na
546 apresentação do Noronha, dos gastos que ocorrem na saúde pública de uma forma geral, inclusive das
547 ações de outros ministérios que poderiam ajudar no financiamento da saúde, do SUS propriamente
548 dito. Explicou que a falta de uma ação mais efetiva na promoção da saúde no local de trabalho, faz
549 com que o Brasil gaste em torno oitenta bilhões de reais por ano. Observou que isso e quase o valor
550 do orçamento da saúde pública e que se tivéssemos uma ação mais efetiva teríamos mais recursos
551 para destinar para a saúde pública. Exemplificou falando sobre a duplicidade de exames quanto
552 acontece um acidente de trabalho "... O INSS não aceita os exames feitos pelo SUS, nem os feitos
553 pela rede privada...". Isso acontece porque quando você dá entrada na perícia tem que fazer todos os
554 exames mais uma vez. Continuou sua abordagem a respeito do contexto da comunicação e os
555 avanços tecnológicos, a presença da internet, e das redes sociais. Finalizou informando que é
556 necessário repensar o modelo de comunicação para que possamos atingir as massas e criar debates
557 nesses núcleos sociais. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
558 (CFN), **registrou a presença** do Conselho Estadual do Mato grosso do Sul, nas pessoas de José
559 Feliciano e Marcelo, do Conselho Estadual de Goiás, na pessoa do Odesson, da Fiocruz, na pessoa do
560 André Guerreiro e o presidente Paulo Gadelha e da Nilma da ANAPAR. Conselheiro **Claudio Garcia**
561 **Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP), iniciou sua manifestação fazendo uma observação
562 sobre o monopólio das comunicações no Brasil, entre 5 ou 6 famílias. Chamou atenção sobre a fala do

563 Leandro Lopes sobre a modernização das comunicações e a superação das formas tradicionais.
564 Nesse contexto, perguntou se essa forma de comunicação está assim tão superada. Isso levando em
565 consideração que só com TV o governo federal gastou dez bilhões de reais. Perguntou ainda se o
566 governo gastou esse montante em uma forma anacrônica de comunicação ou gastou para manutenção
567 dessas cinco ou seis famílias que garantem o monopólio da comunicação no Brasil. Agradeceu a
568 todos. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais
569 (FENAS). Cumprimentou a todos e alertou sobre os desafios do Conselho Nacional de Saúde de
570 dialogar com a sociedade. Parabenizou a apresentação no Noronha informando que transformará cada
571 uma dessas pautas, numa aula didática. Expôs sua vontade em ver os conselheiros debatendo com os
572 jornalistas além do canal saúde. Ressaltou o desafio exposto pelo palestrante Leandro fontes em ver o
573 Ministério da Saúde e o Conselho e todos os envolvidos numa rede de comunicação. Agradeceu a
574 todos. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
575 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA. Manifestou
576 sua satisfação com as apresentações e que se sentiu tocada na afirmação “que a real causa de todas
577 essas nossas angústias, de não termos saúde, de não termos educação é porque nosso sistema estar
578 sendo mal administrado”. Retomou o assunto do monopólio da comunicação do país. Informou que “...
579 isso está incomodando e isso é bom porque quando nós somos incomodados nós tendemos a reagir e
580 o povo está reagindo, está começando a reagir...”. Agradeceu a todos. Conselheiro **Abrahão Nunes**
581 **da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP) saudou a todos e reforçou que é um tema de
582 extrema importância dentro do viés da lógica política e manifestou sua preocupação com a falta de
583 projetos que beneficie a classe trabalhadora. Destacou a questão do monopólio da comunicação e
584 informou que a intenção dessas famílias é explorar a classe trabalhadora, os recursos naturais desse
585 país. Conselheira **Patricia Augusta Alves Novo**, representante dos usuários na CONEP, parabenizou
586 as apresentações e evidenciou na apresentação do Noronha a necessidade de tratar algumas doenças
587 crônicas e degenerativas. Chamou atenção para as inúmeras ações a serem feitas para melhoria no
588 tratamento dessas doenças. Evidenciou ainda, a necessidade da discussão política pública sobre o
589 processo de envelhecimento e principalmente em relação à doença de Alzheimer. Conselheiro **Renato**
590 **Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS,
591 parabenizou a mesa e retomou a apresentação do Noronha citando o Artigo 196, que colocava o
592 direito universal de atendimento e o papel que teria a saúde para a sociedade brasileira no
593 atendimento aos cidadãos. Informou que o SUS está cada vez mais privatizado e os investimentos
594 públicos que fizemos ao longo desses anos, não estão criando uma estrutura pública como demanda.
595 Lembrou este ano estaremos realizando a XIV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e
596 também em estamos ano eleitoral. Nesse contexto, salientou sobre a importância do diálogo com os
597 candidatos. Finalizou acrescentando que o desafio que está colocado para nós do controle social e
598 efetivar e ter um SUS público, conforme é a demanda da nossa sociedade brasileira. Conselheira
599 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, Solicitou que os conselheiros se identificarem antes
600 de começar suas manifestações. Conselheira **Aline Gewehr Trindade**, Conselho Nacional de
601 Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, parabenizou os palestrantes e destacou que existe
602 alguma coisa errada no momento que se investe 15% na atenção básica e 50% em alta e média
603 complexidade “... o fortalecimento da atenção básica que vai fazer com que a gente não tenha tantas
604 doenças circulatórias, com que a gente não tenha, um pré-natal de boa qualidade para a gente não
605 precisar tanto das UTIs...”. Aproveitou a oportunidade para registrar que os planos de saúde não
606 compram hospitais e equipamentos, ou seja, não podemos comparar com o SUS. Em seguida, falou
607 da saúde do idoso e pediu reflexão sobre a lógica do cuidado que a gente quer para a terceira idade.
608 Concluiu lembrando a importância do investimento na saúde da família. Conselheiro **Marco Akerman**,
609 Associação Brasileira Rede Unida, Destacou que a fala dos palestrantes constitui elementos para
610 construir um belíssimo projeto, para disputar o imaginário da população sobre o SUS. Completou
611 dizendo que devemos informar à população que os ricos também usam o SUS já que 90% dos
612 transplantes no Brasil são pagos com recursos do SUS “... país rico é um país que os ricos usem
613 sistema de saúde...”. Finalizou expondo sobre o orgulho do povo inglês de seu sistema de saúde e
614 propôs uma meta simbólica de um carro alegórico do SUS, na abertura da Olimpíada do Rio de
615 Janeiro, em 2016. Conselheira **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres
616 Negras Brasileiras - AMNB, parabenizou a mesa e informou que a apresentação reflete sobre o
617 caminho que devemos trilhar, como movimentos sociais, na questão da comunicação. Salientou a
618 importância de incluir a comunicação como uma área estratégica no debate da saúde, pois a maioria
619 da população desconhece inclusive a existência às vezes até de um Conselho Nacional de Saúde.
620 Citou os avanços do movimento Negro, principalmente na informação do que é o racismo, “...
621 conseguimos dar visibilidade para o racismo, mas a gente não consegue ainda dar conta do prejuízo
622 que o racismo causa na vida da população negra...”. Concluiu solicitando a reflexão sobre para quem
623 iremos fazer a XV Conferência Nacional de Saúde. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos**
624 **Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, parabenizou os
625 palestrantes e manifestou que na apresentação do Noronha foi mostrado o que está certo e errado, as

626 causas, os efeitos e os caminhos que devemos tomar, mas questionou se temos a clareza de qual
627 caminho devemos tomar. Retomou a apresentação do Noronha que cita que os recursos do Saúde
628 Mais Dez e pouco e questiona como levar essa informação para a população. Informou que o
629 Conselho tem um papel fundamental na saúde e na política de saúde, nesse país e questionou como o
630 CNS vai trabalhar com essa nova comunicação, para que a população vivencie na prática outra forma
631 de se comunicar. Finalizou argumentando sobre como o CNS vai introduzir o SUS na sociedade.
632 Solicitou que o Noronha e o Leandro ajudassem a construir uma pauta renovada para introduzir uma
633 nova discursão na XV Conferência Nacional de Saúde. Agradeceu a todos. Conselheira **Marisa Furia**
634 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA), também saudou e parabenizou os palestrantes e
635 observou que em suas exposições não foi citado dados da pessoa com deficiência "... é um tema
636 extremamente importante para uma pauta da saúde e das eleições daqui para frente...". Acrescentou
637 que o ideal seria investir no decorrer da vida, para gastar menos no fim, mas o governo tem que se
638 planejar. Expôs que na população brasileira 24% tem algum tipo de deficiência, então é extremamente
639 importante que seja pautado esse assunto. Explicou que o governo brasileiro tem que se posicionar
640 juntamente com os outros países, ele tem metas a serem cumpridas, tem convenção da pessoa com
641 deficiência. Explicou ainda que com o programa Viver Sem Limite já melhorou, mas é necessário ter
642 uma continuidade e tem que estar pautado. Finalizou destacando a necessidade de trazer os
643 candidatos para discutir esse assunto tão importante. Agradeceu a todos. Conselheira **Nelcy Ferreira**
644 **da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Informou da importância de cada mesa
645 apresentada no Conselho Nacional de Saúde e quanto o Conselho é carente de uma série de
646 recursos. Destacou a necessidade de construir a XV Conferência Nacional de Saúde de outra forma,
647 para que possamos levar a comunicação para toda sociedade brasileira. Agradeceu. Conselheira
648 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, Frisou que nos anos 80 a saúde conseguiu ser
649 expressão da democracia e cidadania brasileira, agora é uma oportunidade grande de se ganhar uma
650 dimensão muito mais popular. Continuou seu discurso avisando que nos anos 80 foi realizada uma
651 grande politização da saúde, mas não ganhou uma dimensão popular. Nesse momento com a
652 qualidade dos serviços públicos, com a agenda em disputa e com a centralidade da disputa eleitoral,
653 podemos, sim, ganhar uma dimensão popular. Nesse sentido, explicou que não é o suficiente para
654 fazermos a disputa política dizermos que somos qualificados, que somos legitimados ou que temos
655 uma agenda "... precisamos mais do que isso... precisamos da estratégia política, de comunicação, de
656 mobilização e etc...". Lembrou que temos a população em situação de rua, à população LGBT, as
657 entidades profissionais, os gestores dos três níveis desse país "... nós somos uma das esferas mais
658 legitimadas, mais do que o Congresso Nacional...", mesmo com toda essa legitimidade, não estamos
659 conseguindo incidir na decisão da agenda estratégica da saúde dos governos. Sugeriu uma avaliação
660 política, das entidades que compõe o CNS, sobre qual é o lugar da saúde nos projetos políticos,
661 dessas entidades, e nos projetos do país. Informou ainda, que o Conselho Nacional de Saúde tem
662 toda legitimidade, mas a institucionalidade do pleno não pode fechar a porta para dialogar com outros
663 atores "... Nós somos legítimos, mas seremos muito mais se a gente tiver capacidade de dialogar com
664 universidade, de dialogar com as nossas entidades, de dialogar com os partidos, dialogar com a
665 imprensa...". **Retorno da mesa.** O jornalista, **Leandro Fortes**, fez as seguintes considerações:
666 informou que temos uma estrutura construída dentro de uma sociedade altamente autoritária e violenta
667 que é a sociedade brasileira. A mídia funciona basicamente com dinheiro público, sem dinheiro público
668 ela não vai a lugar nenhum. Destacou que regulação da mídia é uma questão transversal, que não
669 conseguimos levá-la adiante, porque não há eco dentro do governo de fato para essa discussão.
670 Salientou que achou interessante a discussão sobre os movimentos sociais, sobre toda repercussão
671 que teve na mídia. Sobre o discurso sobre o carro alegórico do SUS, afirmou que a TV Globo jamais
672 fará de bom para o SUS. Concordou com a fala de que temos que conquistar o imaginário e temos que
673 mostrar que o SUS é quem cuida das famílias. Ressaltou que estamos num embate ideológico e para
674 entrar nele tem que ter coragem em admitir que ele é um debate ideológico, "...temos poucas chances
675 se nós fingirmos que ele não é ideológico..." . Sobre a questão da comunicação, referente à
676 simplificação da narrativa informou que esse é o trabalho do jornalista, decodificar para a sociedade o
677 mundo em que ele vive, temos que transformar uma informação numa narrativa, numa linguagem que
678 possa ser compreendida por todos. Esse é o trabalho do comunicador. Agradeceu a todos. O
679 pesquisador, **José Carvalho de Noronha**, Membro do Conselho Consultivo do CEBES e Pesquisador
680 da FIOCRUZ – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, ressaltou sobre os aspectos
681 do 196, CF que tem que ser reafirmada, a saúde é um direito de todos e acesso igualitário e universal.
682 Essa questão da universalidade é a universalidade no acesso, no cuidado, na humanização do
683 cuidado e não pode ser a capacidade de pagar que diferencia o cuidado que um recebe de outro.
684 Sobre o questionamento da conselheira Ivone, Salientou que o Brasil não é uma ilha, ou seja, sentiu os
685 problemas da crise de 2008. Mas o Brasil é um dos países que está se saindo melhor da crise, com
686 isso temos comprometimentos fiscais, aumentar a taxas de juros para a estabilidade econômica, temos
687 que ter um equilíbrio. Destacou que não tratou de nenhum tema específico, mas que espera haja
688 espaço no pleno do CNS para tratar das coisas específicas, a saúde da população negra, a saúde das

689 mulheres, dos pacientes portadores de câncer, dos deficientes, dos bebezinhos que são os que
690 sobrevivem com paralisia cerebral, entre outros. Concluiu informando que temos que encontrar novas
691 formas de gerenciar o sistema de saúde nessa nova etapa e que os candidatos sejam comprometidos
692 com o sistema público universal, sem prejuízo da atenção primária. **Deliberação: o Plenário decidiu**
693 **verificar a possibilidade de contratar consultoria do Jornalista Leandro Fortes para preparar**
694 **estratégia de comunicação do CNS; Debater a tributação sobre medicamentos no Pleno;**
695 **Convidar os candidatos às eleições de 2014 para comparecerem a uma reunião do CNS ou na**
696 **Plenária de Conselhos e apresentar-lhes a agenda do Conselho Nacional de Saúde; Preparar um**
697 **manifesto com a agenda eleitoral do Conselho que deverá ser apresentado na Plenária de**
698 **Conselhos para aprovação do Pleno. Comissão de elaboração do documento: Conselheiros Ana**
699 **Maria Lima Barbosa, Alexandre Medeiros de Figueiredo, Denise Torreão Corrêa da Silva, Ivone**
700 **Evangelista Cabral e os demais nomes serão definidos posteriormente. Serão utilizados como**
701 **subsídio uma nota elaborada pela CISI em 2012 de um documento elaborado pela Mesa**
702 **Diretora; 5) Pautar a proposta da comissão de comunicação na próxima RO.** Definido esse ponto,
703 a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 3 da pauta. **ITEM 03**
704 **– 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – COOPERAÇÃO FIOCRUZ/CNS.** Apresentação:
705 **Paulo Gadelha** – Presidente da FIOCRUZ, Coordenação: Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling**
706 **Duarte**, Mesa Diretora do CNS. **Paulo Gadelha** – Presidente da FIOCRUZ. iniciou sua explanação
707 sobre o momento inaugural e construtivo da Fiocruz. Explicou que a Fiocruz nasce em 1900, em
708 resposta a uma crise sanitária e que é uma Adaptação do Modelo Pasteuriano ao projeto nacional.
709 Frisou os seguintes pontos: 1) Pesquisa voltada para a resolução de problemas, 2) Cadeia vertical de
710 inovação 3) Amplo escopo de atividades sinérgicas (pesquisa, produção, ensino e serviços), 4) A
711 Fiocruz e Programas Prioritários de Governo, 5) Atenção, Vigilância e Formação para o SUS, 6)
712 Ciência e Tecnologia, Saúde e Sociedade, 7) Informação e Comunicação com a sociedade, 8) Saúde,
713 Ambiente e Sustentabilidade, 9) Saúde, Estado e Cooperação Internacional, 10) Complexo Produtivo e
714 de Inovação em Saúde, 11) Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), 12) A Fiocruz e as
715 PDPs – critérios, 13) Cooperação Social, 14) Excelência na Gestão, 15) Cooperação Fiocruz,
716 CONASS e CONASEMS Estudos e Plataformas e 16) QUALICONSELHOS - programa de Apoio à
717 Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS. Após esse contexto
718 histórico e apresentação da FIOCRUZ, Ressaltou sobre a importância do Alinhamento das Agendas da
719 Fiocruz e do CNS, para que seja definindo quais são as pautas e as prioridades do Conselho Nacional
720 de Saúde, colocar a expertise da Fiocruz a disposição para agendas prioritárias do Conselho. Explicou
721 que há a hipótese de incorporar também os mecanismos de prospecção através de temas de interesse
722 comum e entrar no controle social, onde a Fiocruz já desempenha uma série de tarefas dos
723 movimentos sociais em geral. Destacou a parceria central, com o CONASS e com o CONASEMS, que
724 gerou produtos importantes como o IDEASUS, banco de dados, entre outros. Saliu sobre
725 QUALICONSELHOS, Canal Saúde e todas as possibilidades que temos com o trabalho com o Canal
726 Saúde. Expôs a proposta de trabalhar com subsídios ao plenário, para elaboração de contribuições do
727 PPA e a partir da avaliação dos pontos estaduais do trabalho do CONASS e CONASEMS fazer
728 sistematicamente o acompanhamento da evolução da agenda tripartite e na XV Conferência Nacional
729 de Saúde trabalhar de forma histórica sobre as conferências anteriores. Saliu sobre a tradição do
730 Canal Saúde, nas conferências, mas destacou que poderíamos pensar em uma forma mais criativas
731 de otimizar, na própria etapa preparatória, com divulgação mais intensa, principalmente nas áreas
732 virtuais, de materiais de exposição sobre controle social no SUS. Encerrou sua apresentação
733 agradecendo a todos. **Fim da apresentação.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do
734 CNS, fez a consideração inicial informando que o Ministério da Saúde fez 60 anos, a Fiocruz tem mais
735 de 100 e o Conselho Nacional de Saúde 77 anos, o SUS 25, ou seja, é muito bom ter no Brasil uma
736 instituição de pesquisa, ensino, extensão e de produção, articulado o projeto de desenvolvimento
737 nacional. Mencionou a apresentação do presidente Paulo Gadelha e frisou a importância para o Brasil
738 de uma instituição que pensa em saúde vinculada ao projeto nacional e refletiu sobre o papel do
739 conselho na construção do projeto democrático, que fortaleça o Estado. Destacou que a institucional
740 da Fiocruz tem uma dimensão híbrida, "... ela não é só Ministério da Saúde, ela é SUS, ou até mais do
741 que isso...", uma instituição de pesquisa, de ensino, de serviços e também vinculada a um Ministério.
742 Ressaltou sobre a amplitude do papel da Fiocruz e finalizou destacando não da mais para pensar em
743 saúde a partir de indicadores, ou a agenda prioritária de governo. É necessário fazer essa prospecção
744 as avaliações, ou seja, temos que avaliar que tipo de conferência de saúde nós queremos.
745 **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB,
746 parabenizou a apresentação do presidente da FIOCRUZ e destacou o investimento que a Fiocruz faz
747 nos diversos aspectos da saúde das pessoas. Destacou que um dos símbolos da Fiocruz foi
748 apresentar soluções relacionadas às doenças infecciosas que levaram a morte muitas pessoas no
749 Brasil. Acrescentou sobre o desafio da FIOCRUZ em ajudar o Conselho Nacional de Saúde a
750 encontrar o caminho necessário para a participação social, participação da sociedade, da comunidade.
751 Saliu que temos a participação social focada em conselhos, municipais, estaduais, nacional e

752 conferências, basicamente são essas as estruturas formais "... Quem sabe está na hora da gente
753 descobrir outras estruturas, outras formas de atuação a partir do que a sociedade vai nos dizer...".
754 Complementou dizendo que este é o momento da história, da construção do SUS que podemos ousar.
755 Finalizou propondo um olhar especial para os municípios, para as cidades do Brasil e fazer a
756 mobilização do SUS de forma ascendente como a lei nos sugere desde o começo. Conselheiro **Wilson**
757 **Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM, saudou o
758 representante da FIOCRUZ e iniciou sua manifestação dizendo precisamos continuar acreditando na
759 Fiocruz, pois desempenha um papel de fundamental importância ao longo da sua história. Destacou
760 que nessas eleições precisamos jogar peso na participação popular, no controle social. Nesse
761 contexto, informou que o controle social e a participação popular não pode ser só o discurso, ele tem
762 que ser efetuada na prática. Complementou expondo que a Fiocruz tem jogado esse papel no conjunto
763 de temas que ela abarca e que ela terá papel fundamental na discussão da XV Conferência.
764 Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde, parabenizou a apresentação do
765 Gadelha e destacou a parceira da SEGEP com a FIOCRUZ, na formação dos conselheiros de saúde.
766 Nesse sentido, explicou a importância da Comissão de Educação Permanente na realização desse
767 processo. Salientou a importância da Fiocruz para a implementação da nova etapa de universalização
768 e descentralização do QUALICONSELHO e na formação acadêmica de outros atores da saúde.
769 Conselheiro **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, representante da Aliança Independente dos Grupos de
770 Apoio (AIGA), parabenizou a apresentação e salientou sobre a importância dos atores na questão da
771 consolidação e da construção do SUS e a participação social. Solicitou a reflexão sobre o que foi
772 efetivamente pautado, discutido e o que avançou referente às deliberações das Conferências
773 Nacionais de Saúde. Conselheira **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES),
774 elogiou a apresentação e complementou informando que a Fiocruz é uma instituição política, engajada
775 e comprometida com a saúde, em todos os momentos. Expôs sobre a importância do apoio da Fiocruz
776 e possibilidade de construir uma XV Conferência Nacional de Saúde que não fique na retórica de ser
777 um momento importante político no Brasil, mas que mobilize o conjunto da sociedade brasileira, o
778 Estado brasileiro, para a questão do direito a saúde. Agradeceu a todos. Conselheiro **Abraão Nunes**
779 **da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP), cumprimentou a mesa e questionou ao presidente
780 da Fiocruz sobre o investimento na pesquisa para a validação dos produtos naturais e fitoterápicos.
781 Conselheiro **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança
782 Social – CNTSS, parabenizou o presidente da Fiocruz e informou sobre a responsabilidade de
783 organizando a XV Conferência Nacional de Saúde. Ressaltou a importância de se definir o que
784 queremos com a XV Conferência Nacional de Saúde, quais são os pontos de estrangulamento que
785 existe no sistema. Finalizou expondo a importância da contribuição da Fiocruz para que possamos
786 superar os anseios da sociedade na construção do Sistema Único de Saúde. Conselheira **Ivone**
787 **Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), saudou a todos e salientou que a
788 apresentação mostra o quanto o erário público investe na formação em saúde, na pesquisa e no
789 desenvolvimento tecnológico e na inovação. Destacou que um dos aspectos importante, na parceria
790 entre o controle social e a Fiocruz, para a organização da XV Conferência é a possibilidade de
791 qualificar os conselheiros e os delegados que virão dos estados. Intensificou, dizendo que com essa
792 capacitação possibilitará um debate político qualificado com contribuições para construir as diretrizes,
793 que depois podem ser transformadas em política pública de saúde. Destacou sobre as parcerias de
794 desenvolvimento tecnológico, para assegurar o acesso da tecnologia a todos e sobre a qualificação
795 dos profissionais de saúde. Conselheira **Denise Torreão**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –
796 CFFa, cumprimentou a todos e informou que já foi contemplada em parte pelas conselheira Ivone e a
797 Maria Laura. Salientou sobre a genial iniciativa da WebTV e sugeriu que Fiocruz, pela própria
798 capilaridade dentro das comissões do CNS, pudesse contribuir mais especificamente dentro das
799 comissões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids,
800 parabenizou toda a grandiosidade que é a Fiocruz e o trabalho que é executado em defesa da saúde
801 no Brasil. Parabenizou ainda, os doze mil funcionários da Fiocruz "... são esses doze mil funcionários
802 que tocam de fato a Fiocruz no seu dia a dia e esses merecem os nossos parabéns da forma mais
803 efusiva possível...". Em relação a XV Conferência Nacional de Saúde, destacou sobre as expectativas
804 da preparação da conferência e suas frustrações após a conclusão. Explicou que a XV conferência é
805 um fruto de uma conferência que vem do município e que não podemos construir diretrizes amplas e
806 esquecer-se da base, pois as questões são ascendentes, vem do município. Agradeceu a todos.
807 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-
808 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA, ratificou todas as
809 palavras construtivas de leitura ao trabalho da Fiocruz e salientou sobre o trabalho realizado na
810 Comissão de Educação Permanente que é expandir e fomentar o controle social, em todo o território
811 nacional, através dos Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde. Destacou
812 a importância do QUALICONSELHO que ajudará na ampliação e na formação de novas lideranças e
813 no processo de politização do cidadão e da cidadã brasileira. Agradeceu a todos. Conselheira
814 **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, informou que

815 estava contemplada nas falas dos conselheiros e parabenizou o trabalho da Fiocruz na introdução de
816 novas tecnologias no tratamento do HIV e AIDS, nas instituições. Conselheiro Clóvis Boufleur,
817 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, sugeriu que o temário da XV conferência ser Viver
818 com o SUS no Brasil ou viver com o SUS no país. **Retorno da mesa. Paulo Gadelha**, Presidente da
819 Fiocruz, manifestou satisfação e agradeceu as palavras de estímulo e de reconhecimento. Sobre as
820 comissões do CNS, Avisou que não tem uma visão organizada das pessoas da Fiocruz que participam
821 das comissões. Nesse sentido, informou sobre a iniciativa de reunir os membros da Fiocruz, que
822 participam das comissões do CNS, para dar suporte e institucionalidade. Destacou que a conferência
823 não é um momento estático, não pode ser multiplicada, ela é um processo amplo, com muitos ganhos
824 intangíveis e não estão refletidos nos seus resultados finais. Frisou que o tema XV Conferência
825 Nacional de Saúde está pautado na reunião do Conselho Deliberativo da Fiocruz e propôs, que no
826 Congresso Interno da Fiocruz, o Conselho apresentasse suas ideias e como está o processo de
827 preparação da Conferência. Ressaltou que a Fiocruz trabalha tanto com as dimensões macro
828 nacionais, visões mais gerais de desenvolvimento como no local, na inserção dos movimentos sociais.
829 Respondeu sobre a questão fitoterápica dizendo que a política fitoterápica no Brasil é uma política
830 meio, de altos e baixos, em algum momento ela vem como prioridade absoluta, se cria ações
831 interministeriais. Mencionou sobre o QUALICONSELHOS, informando que a questão da governança
832 foi um tema central, foi uma crítica inicial no primeiro momento do QUALICONSELHOS que havia
833 pouca participação da governança e que hoje está sendo trabalhado e construído. Sobre as questões
834 das PDPS, informou que “... desde o primeiro momento que isso começou a traduzir a formulação
835 conceitual dos estudos sobre o complexo econômico do Ministério da Saúde que a Fiocruz teve uma
836 participação muito forte, o Carlos Gadelha, o Temporão, Reinaldo Guimarães, vários outros, desde o
837 momento que foi constituído e começou a se transformar num processo de institucionalidade e de
838 capacidade intergovernamental de colocar isso como eixo importante do processo do Brasil Maior...”.
839 Finalizou salientando que “... a Fiocruz tem um acúmulo, tem uma expertise, ela é ao mesmo tempo
840 um movimento bilateral, ela propõe e ela está pronta às demandas do Conselho. O que eu posso dizer
841 é que a nossa instituição, através do seu corpo dirigente, vai tentar traduzir da forma melhor possível,
842 que essa competência possa responder aquilo que o Conselho considera relevante e estamos
843 dispostos a participar intensamente do processo de acompanhamento da XV entendida como esse
844 processo muito mais amplo, mas que certamente uma boa produção pode levar que ela se torne um
845 marco, como outras conferências se tornaram marcos para a nossa história...”. Agradeceu a todos e
846 registrou a presença de **Valcler Rangel**, vice-presidente da Fiocruz e **Gerson Pena**, Diretor da
847 Regional de Brasília. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, Expôs sobre a
848 experiência da Conferência Determinantes Sociais do Nordeste e o desafio da XV Conferência
849 Nacional de Saúde. Informou que achou interessante a mobilização e metodologia dessa conferência.
850 “... por exemplo, tem muito a ver com o projeto da sociedade, as pautas da sociedade que a Fiocruz
851 também ajudou, eu acho que um grande debate sobre grandes temas, grandes problemas sociais que
852 afetam também a saúde...”. Destacou que a Conferência de Determinação da Região Nordeste
853 abordou temas sobre o uso de drogas, da violência urbana, do impacto dos grandes projetos na saúde
854 da população, do preconceito, da discriminação - como um fator determinante na condição de saúde,
855 entre outros. Nesse contexto, salientou que Conferência de Determinantes Sociais foi mais que discutir
856 SUS, foi um modelo de atenção à saúde. Propôs uma oficina, com os conselheiros nacionais e
857 estaduais, para formular subsídios para a comissão organizadora da XV conferência. Conselheiro
858 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS,
859 perguntou o que já foi sistematizado e feito até agora com relação a XV Conferência. Conselheiro
860 **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar, informou que nessa
861 reunião discutimos sobre a Fiocruz e que temos que pautar em outra ocasião a XV conferência “... são
862 assuntos absolutamente distintos, então acho que não tem como triar encaminhamento da XV, num
863 ponto que você está discutindo Fiocruz, acho que não, pode até construir pontes mas não tem o que
864 você encaminhar o que não está na pauta...”. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Associação
865 Brasileira de Enfermagem (ABEn), ratificou o encaminhamento da oficina da XV Conferência Nacional
866 de Saúde “... há necessidade de fazer a oficina ou grupo de trabalho, com o perfil direcionado para
867 discutir a XV Conferência...”. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,
868 Manifestou sua preocupação com o tempo, pois a conferência deve ser convocada em agosto, no
869 máximo em setembro, para incidir no Plano Plurianual e no Plano Nacional de Saúde. O coordenador
870 da mesa agradeceu o convidado. **Deliberação: Nesse item de pauta, foram aprovados os**
871 **seguintes encaminhamentos: 1) Realizar a escuta da pauta da 15ª Conferência Nacional de**
872 **Saúde nos eventos de outras entidades e sistematizá-las em uma oficina para a partir de julho**
873 **convocar a Conferência e pensar em seu conteúdo, metodologia e prioridades; 2) Realizar uma**
874 **parceria com a FIOCRUZ para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde; 3) Analisar a**
875 **proposta de tema para a 15ª Conferência Nacional de Saúde “viver com o SUS”; 4) Realizar**
876 **uma oficina com os conselhos estaduais e municipais, a Mesa Diretora do CNS e alguns**
877 **parceiros para criar subsídios para a comissão organizadora da 15ª Conferência Nacional de**

878 **Saúde.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o lanche. Retomando, a mesa foi composta para
879 o item 4 da pauta. **ITEM 04 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E 4ª**
880 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.**
881 Apresentação: **Carlos Vaz** – SVS/CNS, Coordenação: Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**,
882 Mesa Diretora CNS. **Carlos Vaz**, SVS/CNS, cumprimentou a todos, presentes e internautas e iniciou
883 contextualizando Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNST. Informou que
884 documento da Política representa grande acúmulo no desenvolvimento do campo da ST no SUS:
885 experiências nos âmbitos municipal, estadual e federal, envolvendo profissionais/trabalhadores de
886 saúde; técnicos das secretarias e do ministério da saúde; trabalhadores, suas representações, atores
887 do controle social e dos movimentos sociais, atores das instituições de ensino e pesquisa; técnicos e
888 dirigentes dos parceiros institucionais. Expressa, em seu conjunto, praticamente todos os nossos
889 desejos de concretização de ações e busca se conectar com a organização mais geral do SUS.
890 Informou que a política tem como finalidade: definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem
891 observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o
892 desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância,
893 visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade
894 decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Destacou que há
895 comprometimento das três esferas de gestão do SUS: I) CIT / Conass/Conasems; II) CIB / Cosems; III)
896 CIR e Regionais da SES. Informou que não participação da saúde nas discussões sobre modelos de
897 desenvolvimento nas 3 esferas e que é insuficiente o reconhecimento do papel do SUS na intervenção
898 nos processos de trabalho produtivos (p. ex. compromissos nacionais de cana-de-açúcar e da
899 construção civil). Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da
900 Trabalhadora dever-se-á considerar a articulação entre: I) as ações individuais, de assistência e de
901 recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos
902 ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da
903 saúde dos trabalhadores; II) as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; III) o
904 conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as
905 respectivas práticas institucionais. Mencionou que a realização da articulação tratada neste artigo
906 requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de
907 atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações
908 trabalho-saúde: articulação das ações individuais com as ações coletivas - diagnóstico e notificação de
909 agravos – intervenção nos ambientes de trabalho; vigilância dos ambientes, processos e atividades de
910 trabalho; construção dessa capacidade nas vigilâncias municipais; articulação com vigilância sanitária;
911 construção de capacidade nos Cerest para apoiar essas ações; atualização e ou revisão dos códigos
912 de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da
913 competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e
914 municípios. Detalhou que a política tem como objetivos: fortalecer a Vigilância em Saúde do
915 Trabalhador e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; promover a saúde e
916 ambientes e processos de trabalho saudáveis; garantir a integralidade na atenção à saúde do
917 trabalhador; ampliar o entendimento de que a ST deve ser concebida como uma ação transversal,
918 devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;
919 incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da
920 coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;
921 assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e
922 serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas
923 possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde;
924 assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS; garantir a integralidade na
925 atenção à saúde do trabalhador, pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as
926 instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta
927 de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas
928 estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes :a)
929 atenção primária em saúde; b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; c) atenção
930 pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; d) rede de laboratórios e de serviços de apoio
931 diagnóstico; e) assistência farmacêutica; f) sistemas de informações em saúde; g) sistema de
932 regulação do acesso; h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; i) sistema de
933 auditoria; e j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador e garantir a
934 integralidade na atenção à saúde do trabalhador. Saliou que a integralidade da assistência à saúde
935 se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede
936 regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de
937 promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento
938 das necessidades de saúde da população. Que a construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado
939 e matriciamento da ST na assistência – nacional, estadual, regional, municipal; articulação intrasetorial
940 nas três esferas; articulação da reabilitação física pelo SUS com a reabilitação profissional pelo INSS

941 (GT MPS, MS, MTE, MPOG); articulação com LACENS – construção de demandas de ST; auditorias
942 pelo DENASUS. Destacou que como estratégia a política tem Integração da Vigilância em Saúde do
943 Trabalhador junto aos demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em
944 Saúde; Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores. Informou que
945 estruturação da RENAST no contexto da Rede de Atenção à Saúde tem: Ações de ST junto à APS;
946 Ações de ST junto à Urgência e Emergência e Ações de ST junto à Atenção Especializada
947 (Ambulatorial e Hospitalar); Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; Estímulo à
948 participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; Desenvolvimento e capacitação
949 de recursos humanos; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Destacou que tem como
950 estratégia: Integração da VISAT c/ os demais componentes da VS e c/ a APS; Planejamento conjunto
951 entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise
952 da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades
953 produtivas e com potencial impacto ambiental no território; Proposição e produção de indicadores
954 conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; Produção conjunta de metodologias
955 de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações
956 de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; articulação entre as vigilâncias –
957 planejamento conjunto, eleição de prioridades, indicadores comuns, produção conjunta de
958 metodologias. Para a Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores será
959 necessária: Identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território
960 em conjunto com a APS e os setores da Vigilância em Saúde; Garantia, na identificação do
961 trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes
962 sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o
963 sistema de saúde: SIM, SIH, Sinan, SIA, SIAB, RCBP, RCBH; Articulação e sistematização das
964 informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: CNIS, SUB,
965 RAIS, CAGED, SFIT, IBGE; Criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações
966 contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas
967 equipes de Vigilância em Saúde; trabalho nos âmbitos nacional, estadual e municipal de análise das
968 informações; Planos de Saúde – incipiente consideração da ST na análise situacional e
969 consequentemente nas diretrizes e metas; articulação com serviços de saúde para melhorar a
970 qualidade do registro da ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos sistemas de
971 informação em saúde; programa de qualificação da vigilância em saúde – indicador de ST – qualidade
972 do registro da ocupação (iniciativa do Conass); inserção no SIA da possibilidade de registro das ações
973 de vigilância em saúde do trabalhador. Sobre a Estruturação da RENAST no contexto da Rede de
974 Atenção à Saúde ressaltou que as ações de ST junto à APS: Reconhecimento e mapeamento das
975 atividades produtivas no território; Reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu
976 perfil sócio ocupacional no território; Reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos
977 (perfil de morbi-mortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente,
978 advindos das atividades produtivas no território; Identificação da rede de apoio social aos
979 trabalhadores no território; Identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de
980 atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de APS; Suspeita e ou identificação da
981 relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e
982 notificação dos agravos relacionados ao trabalho; - articulação com o DAB/SAS – novo Caderno de
983 Saúde do Trabalhador para a Atenção Básica com perspectiva de ser colocado em consulta pública
984 em 2014; documentos orientadores elaborados em parceria com a UFMG; Manual de Gerenciamento
985 da RENAST – perspectiva de consulta pública e publicação em 2014. Além disso, mencionou sobre o
986 fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial levando em consideração: a atuação
987 intersetorial é pressuposto constituinte da Política e condição para a obtenção de impactos positivos na
988 intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho; deve ser entendida como a “...
989 articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar
990 problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas
991 que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir
992 efeitos mais significativos na saúde da população”; Sua prática possibilita o estabelecimento de
993 estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a
994 transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e
995 solidária; a intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e
996 setores de governos e entre diferentes esferas de governo – federal, estadual e municipal, que atuam
997 na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e
998 privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população; Nos estados e municípios envolve
999 órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam
1000 nas regiões, tais como SRTE, Superintendências Regionais do INSS e unidades descentralizadas da
1001 Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros; Deve ser
1002 compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e
1003 outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao

1004 desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Ressaltou que a
1005 aplicação de indicadores de avaliação de impactos à ST e das comunidades nos processos de
1006 licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e
1007 incentivos específicos; Fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas
1008 e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral,
1009 calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo MTE, MPS, MMA, SUS e Ministério Público;
1010 Compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive
1011 por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação,
1012 estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações. Destacou que o
1013 estímulo à participação da comunidade dos trabalhadores e do controle social será no colhimento e
1014 resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; estímulo à participação
1015 de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo
1016 dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; Inclusão da comunidade
1017 e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em ST, sempre que
1018 possível, e inclusão de conteúdos de ST nos processos de capacitação permanente voltados para a
1019 comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com
1020 vistas às ações de promoção em ST; transparência e facilitação do acesso às informações aos
1021 representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social. A respeito do Desenvolvimento
1022 e capacitação de recursos humanos, colocou que: o estabelecimento de referências e conteúdos
1023 curriculares para a formação de profissionais em ST, de nível técnico e superior; articulação
1024 intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o MEC, para fins de
1025 inclusão de conteúdos temáticos de ST nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública
1026 e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação, possibilitando a
1027 articulação ensino/pesquisa/extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e
1028 empresarial; apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e
1029 controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS. Detalhou que das
1030 atribuições dos gestores do SUS (cap. IV, seção I) a direção nacional: Coordenar, em âmbito nacional,
1031 a implementação da Política; Conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações,
1032 metas e indicadores de ST no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de
1033 planejamento estratégico que considere a Política; Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da
1034 participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento
1035 da CIST do CNS; Apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do DF e dos Municípios,
1036 na implementação e execução da Política; Promover a articulação intersetorial com vistas à promoção
1037 de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de
1038 interesse à ST. Por fim, informou das atribuições dos CEREST e das equipes técnicas (Cap. IV, seção
1039 ii): Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de
1040 projetos de promoção, vigilância e assistência à ST, no âmbito da sua área de abrangência; Dar apoio
1041 matricial para o desenvolvimento das ações de ST na APS, nos serviços especializados e de urgência
1042 e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de
1043 Atenção à Saúde; Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de ST,
1044 assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se
1045 tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base
1046 epidemiológica. **Fim da apresentação.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
1047 Trabalhadores, saudou os conselheiros e os internautas que acompanham a reunião em tempo real e
1048 iniciou sua apresentação informando que ainda existem nove pendências das Conferências Macros e
1049 Estaduais da 4ª CNSTT: 1) BA - Data da Conferência Estadual (problema com recurso); 2) CE -
1050 Regimento; elaborado, mas não publicado em Diário Oficial; 3) MT - Regimento; elaborado, foi
1051 publicado, mas será republicado devido algumas alterações; 4) PA - Regimento; elaborado,
1052 encaminhado para publicação no Diário Oficial esta semana; 5) PI - Regimento; elaborado, mas não
1053 publicado em Diário Oficial; 6) PB - Regimento; elaborado, mas não publicado em Diário Oficial; 7) RJ -
1054 Regimento; elaborado, mas encontra-se no Jurídico da SES, devido questionamento sobre a o término
1055 do mandato dos conselheiros que o aprovaram; 8) Regimento; elaborado, mas encontra-se no Jurídico
1056 da SES, devido questionamento sobre a o término do mandato dos conselheiros que o aprovaram; 9)
1057 Regimento; elaborado, mas publicado no Diário Oficial porque verificaram um erro e estão revisando.
1058 Informou que o quantitativo parcial dos participantes das conferências macros realizadas até dia
1059 30/04/14 e de 10.335. Acrescentou que os Estados de SP e DF já realizaram todas as conferências
1060 Macro e que estão agendadas 199 Conferências de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: 172
1061 Macrorregionais e 27 Estaduais. Finalizou expondo que nos dias 19 e 20/05/14 será realizada a oficina
1062 de treinamento do SISCONFERÊNCIA (2 participantes por UF). **Fim da apresentação.**
1063 **Manifestações.** Conselheira **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA), destacou
1064 sua preocupação com o temário da deficiência, inclusive os da saúde mental, que não aparece no
1065 centro das discussões da 4ª CNSTT. Informou da importância de discutir sobre as cotas para
1066 deficientes e do acompanhamento dessas pessoas na inclusão do mercado de trabalho. Conselheiro

1067 **Clovis Adalberto Boufleur** questionou sobre a ausência do setor privado na apresentação da Política
1068 Nacional de Saúde do Trabalhador. Destacou sobre as multinacionais que oferece por conta própria
1069 um programa de saúde do trabalhador e citou sobre a necessidade de discutir sobre os trabalhadores
1070 voluntários. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais
1071 (FENAS), saudou a todos e salientou sobre a importância da participação dos conselheiros, titulares e
1072 suplentes, nas etapas estaduais e municipais. Informou da importância de inclusão dos segmentos de
1073 trabalhadores, que ainda estão invisíveis para a 4º CNSTT. Conselheiro **Alexandre Frederico de**
1074 **Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Frisou sobre a importância da eficácia da PNST,
1075 que deve estar bem articulada com outros ministérios, inclusive o Ministério do Trabalho Emprego e
1076 Previdência Social. Ressaltou a importância do diálogo com o setor privado. Conselheiro **Carlos**
1077 **Alberto Ebeling Duarte**, Mesa Diretora do CNS, destacou a necessidade de incluir nas discursões o
1078 temário sobre as transversalidades na saúde do trabalhador de forma mais ampla nas etapas da 4ª
1079 CNST. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn),
1080 salientou sobre a importância da participação do movimentos sociais nas discursões da conferência da
1081 4º CNSTT. **Retorno da mesa. Carlos Vaz**, SVS/CNS, Destacou sobre o Art. 3º do PNST: Todos os
1082 trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua
1083 forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou
1084 privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico,
1085 aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política e sobre. Ressaltou o Art. 7º: A Política
1086 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores
1087 priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles
1088 inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco
1089 para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de
1090 superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. Informou que muitas
1091 das falas estão contempladas nesses dois artigos “esses são os nossos desafios”. Informou que o
1092 Ministério do trabalho e previdência faz parte da comissão da 4ª CNSTT, fortalecendo com isso a
1093 articulação interministerial e que a iniciativa privada está, se fazendo presente, em alguns momentos
1094 dessa construção. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores,
1095 esclareceu que o PNST fala mais da participação social do que a própria lei orgânica do SUS. Informou
1096 que todas as classes trabalhadoras estão incluídas no art. 3º do PNST e que o desafio, agora, é tirar
1097 do papel e tornar realidade na prática. **Deliberação: Nesse item de pauta, foram aprovados os**
1098 **seguintes encaminhamentos: 1) Enviar uma delegação para intermediar os conflitos nos**
1099 **Conselhos Estaduais da Bahia e Rio de Janeiro. Composição para Rio de Janeiro os**
1100 **Conselheiros: Adriano Macedo Félix, Ivone Evangelista Cabral, Nelcy Ferreira da Silva; 2)**
1101 **Disponibilizar as apresentações dos palestrantes na página do CNS; 3) Mobilizar a população**
1102 **para participação nas etapas macrorregionais e estaduais; Com esse encaminhamento, a mesa**
1103 **encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: Titulares – Abraão**
1104 **Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Aline Gewehr Trindade**, Conselho
1105 Nacional de Secretarias Municipais de Saude – CONASEMS; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de
1106 Estudos de Saúde (CEBES); **André Luis Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos**
1107 **Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Claudio Garcia Capitão**,
1108 Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
1109 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clovis Adalberto Boufleur**, Conferência
1110 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das
1111 Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal
1112 de Fonoaudiologia (CFFa) **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Organizações Indígenas da Amazônia
1113 Brasileira (COIAB); **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Gerdo**
1114 **Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação
1115 Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1116 na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil –
1117 CGTB; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos
1118 Sexuais e Direitos Reprodutivos **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos
1119 Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
1120 Assistentes Sociais – FENAS; **Marisa Fúria Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Nelcy**
1121 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**,
1122 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patricia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de
1123 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos
1124 Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional
1125 dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da
1126 Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga brasileira
1127 de Lésbicas – LBL; **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de
1128 Moradores - CONAM. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de
1129 Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do

1130 Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da
1131 Saúde; **Ana Maria Lima Barbosa**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
1132 (ONEDEF); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Edi Sinedino de**
1133 **Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO), **Eurídice Ferreira de Almeida**,
1134 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativa em Instituições de Ensino Superior
1135 Públicas do Brasil-FASUBRA; **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais
1136 (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Gilene**
1137 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical
1138 (Sindnapi); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1139 Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizete Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira**
1140 **Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José João Lanceiro de Palma de Palma**,
1141 Ministério da Saúde, **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, Aliança Independente dos Grupos de
1142 Apoio(AIGA) Aliança Independente dos Grupos de Apoio(AIGA); **Kátia Maria Barreto Souto**,
1143 Ministério da Saúde; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz**
1144 **Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores(NCST); **Marco Akerman**,
1145 Associação Brasileira Rede Unida; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores
1146 do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento Nacional da
1147 População de Rua (MNPR); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV);
1148 **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Wilên**
1149 **Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaira Tronco**
1150 **Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi
1151 composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
1152 **HUMANOS – CIRH** - Apresentação: Conselheira **Ivone Evangelista** - Coordenadora da Comissão
1153 Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS; **Alexandre Medeiros** – DEGES/MS, Coordenação:
1154 Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Mesa Diretora do CNS. **Alexandre Medeiros**
1155 **Figueiredo**, DEGES/MS, cumprimentou a todos, presentes e internautas e manifestou sua satisfação
1156 com a nomeação como segundo suplente pelo Ministério. Salientou a importância da formação dos
1157 trabalhadores e também da discussão da Educação Permanente, para o Sistema Único de Saúde.
1158 Após a aprovação do Conselheiro **Alexandre Medeiros** para a coordenação adjunta da CIRH, a
1159 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), deu as boas
1160 vindas e iniciou a apresentação sobre a composição da CIRH, informando que já existe consenso com
1161 as partes envolvidas nessa proposta de recomposição da CIRH. Nesse contexto, avisou que a
1162 apresentação é só para um referendo da plenária do Conselho, para que seja republicada a resolução
1163 da CIRH, com os ajustes devidos. Apresentou a seguinte composição: 1) **Coordenação**: ABEN, 2)
1164 **Coordenação Adjunta**: Ministério da Saúde, 3) **17 titulares**: 6 Gestores (MS, MS, MEC, Prestadores
1165 de serviços, CONASS, CONASEMS), 6 trabalhadores (FASUBRA, CNTS, CNTSS, CFO, CFESS,
1166 CFF) e 5 Usuário (ANPG, CUT, ABRA, REDE LAI LAI, FPCONDISI). 4) **17 suplentes**: 6 Gestores
1167 (CONASS, MS, MS, MCT, MEC, CONASEMS), 5 Usuários (CONTAG, CGTB – 1ª suplente; FBASD
1168 – 2ª suplente; CEPA – 3ª Suplente; COBAP – 4ª Suplente) e Trabalhador – (ABENFISIO – 1ª
1169 suplente; 1.REDEUNIDA – 2ª suplente; FNE - 3ª suplente; FENAMEV – 4ª suplente; .CFP – 5ª
1170 suplente; CFFa – 6ª suplente). Em seguida, fez uma explanação sobre o plano de trabalho da CIRH,
1171 que incluiu a criação da comissão nos estados e nos municípios e introduziu a seguinte diretriz:
1172 Impulsionar a criação de comissão nos conselhos estaduais e municipais por meio do diálogo do CNS
1173 com CES, CMS e numa parceria a ser definida com CONASS e CONASEMS, para esse fim.
1174 **Manifestações**. Conselheiro **Gilson Silva**, Força Sindical, Frisou que é necessário incluir o
1175 conselheiro nacional no processo de análise dos cursos nos estados. Conselheiro **Renato Almeida de**
1176 **Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS, parabenizou a
1177 iniciativa da CIRH, inclusive, no estímulo para que os Conselhos Estaduais se organizem e criem a
1178 comissão intersectorial de recursos humanos "...Em Minas Gerais nós tínhamos a CIRH constituída,
1179 depois houve um esvaziamento, mas com esse estímulo que está sendo dado para os Conselhos
1180 Estaduais...". A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, expôs que à medida que o Estado
1181 brasileiro assume um papel de ser regulador no campo da formação dos profissionais de saúde, traz
1182 para a sociedade os desafios de: Se organizar e se preparar para fazer o processo de controle dessa
1183 ação pública "... À medida que o Estado brasileiro assume o papel mais regulador da formação dos
1184 profissionais de saúde, partindo dos cursos de medicina, coloca para a sociedade brasileira também o
1185 desafio de se organizar para fazer controle dessa ação pública...". Frisou que estamos numa fase de
1186 transição e precisamos fazer uma capacitação, junto com os conselhos Estaduais e Municipais, que
1187 entendam o processo de transição, o papel de cada instância, o tamanho do desafio para pensar como
1188 é que se organiza. Ressaltou que o CONASS e o CONASEMS têm um papel fundamental, nesse
1189 processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos –
1190 Fenafar, informou que a CIRH não deve ficar somente no campo da autorização de novos cursos, mas
1191 também deve pensar em um sistema dentro do Conselho, para discutir a questão de recursos
1192 humanos, que deve necessariamente extrapolar as questões de formação, ou seja, os conflitos da

1193 relação que existe do capital público, do capital privado, da relação capital/trabalho, no processo de
1194 fazer saúde. **Retorno da mesa.** Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de
1195 Enfermagem (ABEn), informou que a CIRH tem assumido um papel importante na mediação do debate
1196 capital/trabalho, não só da formação para o SUS. Destacou sobre a necessidade de definir um ponto
1197 de partida referente à implementação da CIRH nos estados. Esclareceu que a CIRH, não propôs no
1198 seu planejamento a criação da CIRH estadual e municipal na plenária de Conselhos, mas sim, iniciar
1199 um processo de sensibilização inclusive apresentando esse item que foi aprovado por essa mesma
1200 plenária. Conselheiro **Alexandre Medeiros Figueiredo**, DEGES/MS, informou que as discussões do
1201 público, do privado e do interesse público estão muito além do que a constituição jurídica da instituição
1202 formadora. Destacou que é consenso do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, que o
1203 interesse público deverá prevalecer. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de
1204 Enfermagem (ABEn), deu seguimento a pauta com a apresentação das Visitas de avaliação in loco,
1205 conforme os Municípios pré-selecionados no âmbito do Edital MEC nº 03/2013. Apresentou o Balanço
1206 das primeiras visitas informando que 9 visitas foram realizadas com a participação do CNS e 6 sem
1207 sua presença. Destacou como Dificuldades: os prazos escassos entre as primeiras visitas agendadas
1208 e os procedimentos para emissão de passagem, a dificuldade nos contatos com conselheiros por e-
1209 mail e telefone, a disponibilidade limitada de agenda dos conselheiros, as pendências dos conselheiros
1210 no SCDP, as mudanças nas agendas de visitas pelo MEC, sem prévio aviso ao CNS e a comunicação
1211 com os Conselhos Municipais. Destacou ainda, como Facilidades: o recebimento tempestivo do plano
1212 de vôo dos conselheiros convocados, a Solicitude dos membros das comissões do MEC e a
1213 disponibilidade e prontidão dos Conselheiros que participaram das visitas. Salientou que após as
1214 visitas aos municípios foi solicitado, aos Conselheiros, o relatório descritivo contendo: o registro das
1215 reuniões com gestores e Conselho de Saúde local, das unidades de saúde visitadas, as impressões
1216 pessoais sobre as visitas e as Fotografias. Salientou sobre o suporte que a assessoria técnica da CIRH
1217 ofereceu para os representantes do Conselho. Finalizou solicitando que o conselheiro **Abraão Nunes**
1218 **da Silva** apresentasse o seu relato sobre a visita in loco. **Fim da Apresentação. Manifestações.**
1219 Conselheiro **Gilson Silva**, Força Sindical, solicitou esclarecimento sobre os critérios para o
1220 Conselheiro Nacional de Saúde participar das visitas. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
1221 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), informou que existe uma planilha em aberto no
1222 servidor e os conselheiros que apresentarem disponibilidade, nas datas previstas no calendário de
1223 visitas, entrar em contato com o Alex, da assessoria técnica da CIRH. Conselheiro **Júlio Cesar**
1224 **Figueiredo Caetano**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio – AIGA, perguntou como o
1225 conselheiro nacional ou o conselho municipal poderia solicitar uma avaliação de um curso numa
1226 universidade pública na sua cidade. Após o questionamento a conselheira **Ivone Evangelista Cabra**
1227 respondeu que o controle social não faz avaliação, visita in loco, do curso que está em funcionamento,
1228 a não ser que tenha uma denúncia, uma demanda que vem da própria universidade ou dos
1229 estudantes, professor, usuário, etc. Conselheiro **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
1230 Trabalhadores na Saúde – CNTS, Relatou sobre a denúncia que foi enviada sobre os cursos 100% a
1231 distância na área de saúde e até o momento não houve pronunciamento. Destacou que infelizmente
1232 quando se nega a inscrição das instituições, elas entram com o mandato de segurança e saem com a
1233 carteirinha de habilitação, para atuar no setor saúde, colocando em risco a vida da população
1234 brasileira. A conselheira **Ivone Evangelista Cabra** respondeu que referente à denúncia de cursos
1235 100% à distância a CIRH fez o seguinte encaminhamento: solicitou informações ao Conselho Estadual
1236 de Educação referente às informações dos cursos de formação técnica das profissões de saúde
1237 (enfermagem, saúde bucal, farmácia, nutrição e dietética, análises clínicas, agente de saúde,
1238 segurança do trabalho), ou seja, se efetivamente todos esses cursos estão na modalidade 100% à
1239 distância. Estamos pedindo a manifestação do Conselho Estadual de Educação e ao Conselho
1240 Estadual de Saúde, para conhecimento e providências. Informou que o desdobramento do assunto
1241 será apresentado no plenário. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de
1242 Nutricionistas (CFN) complementou que “... as denúncias que o Conselho Federal de Nutricionistas
1243 tem recebido, o Conselho está acompanhando junto com as entidades, então também é importante
1244 somar esses esforços no sentido que não deixe isso evoluir...”. A coordenadora da CIRH, **Ivone**
1245 **Evangelista Cabra**, passou à apresentação dos pareceres elaborados pela CIRH que foram enviados
1246 com antecedência aos conselheiros e estavam disponíveis no servidor. **Referência:** Processo nº
1247 201201572. **Interessado:** Universidade São Francisco – USF/Bragança Paulista/SP. **Curso:**
1248 Renovação de Reconhecimento do curso de Odontologia. **Localização:** Bragança Paulista /São Paulo.
1249 **Parecer final:** insatisfatório à renovação de reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade
1250 São Francisco – UFS, do município de Bragança Paulista/SP, com base na Resolução CNS Nº.
1251 350/2005. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI,
1252 Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação
1253 educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes
1254 curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o
1255 projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a

1256 Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar
1257 os seguintes fundamentos do presente parecer: **a)** Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS
1258 Embora o Relatório de Avaliação in loco do INEP (20/11/2013) informe que a IES possui convênios
1259 com a APCD, PM de Bragança Paulista, Hospital Mario Gatti e USP, e que esses se encontram
1260 regulamentados por meio de Termo de Convênio, não há documentação comprobatória,
1261 disponibilizada no sistema e-MEC, entre a UFS e as Instituições citadas, e nem referência/menção no
1262 PPC à parceria/interação com Secretarias Municipais de Saúde do Pólo Regional, para utilização da
1263 rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, não estando
1264 portanto assegurados os cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27
1265 da Lei nº 8080/90); **b)** Não há registro da participação direta ou compromisso dos gestores locais do SUS
1266 na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo
1267 27 da Lei nº 8080/90, embora no município exista Equipes de Saúde Bucal e CEO; **c)** A IES não
1268 explicita se há inserção do estudante nos cenários de prática desde o início do curso e como ela
1269 ocorre. Os avaliadores do INEP destacaram que o perfil profissional do egresso expressa as
1270 competências esperadas pelo processo de formação oferecida; no entanto, houver ressalvas para o
1271 fato de que a inserção do estudante na rede de saúde municipal e regional deve ser aprimorada e
1272 permitir a atuação em diferentes cenários de atenção à saúde. A não inserção do aluno na rede de
1273 atenção à saúde do SUS não contempla o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 para o
1274 caso em análise; **d)** A IES não explicita os campos de prática da rede SUS, nem inclui a capacidade de
1275 atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando absorção nos
1276 cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº
1277 8080/90); porém, segundo o Relatório do INEP (20/11/2013), o “curso de Odontologia da USF é parte
1278 integrante do sistema de atendimento à saúde na região, prestando serviços à comunidade, por meio
1279 da Clínica de Odontologia. In loco, a comissão constatou que existe uma valorização do compromisso
1280 social além da atenção às necessidades de mercado com qualidade técnica”; **e)** A totalidade das vagas
1281 é ofertada no período noturno; enquanto a rede pública de saúde instalada no Município funciona no
1282 período diurno. Portanto, faz-se necessário que o PPC inclua as estratégias de aprendizagem no
1283 estágio supervisionado e de prática para que atenda ao preconizado pela Resolução Nº 350/2005; **f)**
1284 De acordo com os avaliadores do INEP, “na visita in loco ficou evidente que apenas 576 h são
1285 atividades de estágio supervisionado, correspondendo a 14,21% da carga horária total”. Desse modo,
1286 está havendo descumprimento do definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia
1287 (20%), ao que foi previsto na grade curricular e ao que foi regulamentado pela própria IES; **g)** O corpo
1288 docente é constituído por 10 Doutores (27,78%), 11 Mestres (30,55%) e 15 especialistas (41,67%);
1289 60% dos docentes são contratados em regime de hora/aula, o que pode não garantir a orientação,
1290 acompanhamento, supervisão adequada dos alunos; **h)** Os avaliadores do INEP observaram, na visita
1291 in loco (20/11/2013), que a infraestrutura disponível para o curso é adequada à demanda de ensino-
1292 aprendizagem; **i)** A IES apresenta um IGC contínuo de 274, portanto acima de 50%. **j)** A IES tem
1293 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) criado em 1997, conforme Portaria GR nº. 08/97, responsável
1294 pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres
1295 humanos, cujo Regulamento Interno foi referendado pela Resolução CONSUN 06/2012. **Deliberação:**
1296 **aprovado o parecer do Processo nº 201201572 com uma abstenção. Referência:** Processo nº
1297 201305897. **Interessado:** Instituto Nacional de Ensino e Pós-graduação Padre Gervásio – INAPÓS.
1298 **Curso:** Reconhecimento do curso de Odontologia. **Localização:** Pouso Alegre/Minas Gerais. **Parecer**
1299 **final:** satisfatório com recomendações ao reconhecimento do curso de Odontologia do Instituto
1300 Nacional de Ensino Superior e de Pós-graduação Padre Gervásio-INAPÓS, do município de Pouso
1301 Alegre/MG, com base em análise da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Recomendações:** **a)** comprovar a
1302 parceria da IES com a rede atenção à saúde do próprio município e na comunidade, para ampliar a
1303 participação do estudante na rede do SUS; **b)** apresentar o planejamento da inserção dos estudantes
1304 nas atividades de estágio supervisionado extramuros, quanto a distribuição por campo de prática, a
1305 partir do primeiro ano do curso; **c)** cumprir o Decreto Federal Nº. 5.296/2004, que trata da
1306 acessibilidade, também na estrutura física da clínica escola e em atendimento a sugestão dos
1307 avaliadores do INEP para que instale, do elevador ao balcão de recepção, recursos táteis que auxiliem
1308 o deslocamento da pessoa com deficiência visual. **Deliberação: aprovado o parecer do Processo nº**
1309 **201305897 com uma abstenção e um voto contrário do conselheiro Gerdo Bezerra de Faria,**
1310 **Conselho Federal de Odontologia (CFO). Referência:** Processo nº 201107258. **Interessado:**
1311 Universidade Grande Rio Professor José de Souza Herdy– UNIGRANRIO. **Curso:** Renovação de
1312 Reconhecimento do curso de Odontologia. **Localização:** Duque de Caxias/Rio de Janeiro. **Parecer**
1313 **final:** satisfatório com recomendações à renovação de reconhecimento do curso de Odontologia da
1314 Universidade da Grande Rio Professor José de Souza Herdy, localizada no município de Duque de
1315 Caxias/RJ, com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **Recomendações:** **a)**
1316 apresentar Termos de Convênio/Compromisso entre a UNIGRANRIO e as Instituições citadas como
1317 campos de prática na rede de saúde do SUS, com ênfase na atenção básica; **b)** comprovar a inserção
1318 dos estudantes nos cenários de prática desde o primeiro ano do curso; **c)** descrever a capacidade de

1319 atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática da rede SUS d)
1320 comprovar que está desenvolvendo o Programa de Reorientação da Formação Profissional- Pró-
1321 Saúde; e) comprovar a existência da disciplina de libras no currículo. **Deliberação: aprovado o**
1322 **parecer do Processo nº 201107258 com uma abstenção.** Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**,
1323 apresentou os pareceres em um novo formato, para facilitar a apreciação dos conselheiros e o plenário
1324 se manifestou favorável a nova metodologia aplicada. Conselheiro **Adriano Macedo Félix**, Associação
1325 Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR, leu o ofício que foi feito em função da
1326 reunião realizada, com a média e alta complexidade do Ministério e foi dirigido ao o coordenador José
1327 Eduardo Fugolin Passos. “Essa instituição membro titular da Câmara Técnica em Reumatologia, do
1328 Ministério da Saúde, instituída pela Portaria MSGM nº 3443, de 11/11/2010, vem à presença de Vossa
1329 Excelência solicitar que representações da ANAPAR sejam inseridas como membros da mesa de
1330 negociação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação ou a uma Comissão Nacional de
1331 Residência Médica para as tratativas que dispõe do Programa Mais Médicos, com vistas ao aumento
1332 quantitativo de bolsas vagas para a especialidade médica em reumatologia. Considerando que o Brasil
1333 se encontra hoje com pelo menos quarenta milhões de vidas acometidas com alguma doença
1334 reumática dentre as cento e vinte exaradas na classificação estatística internacional de doenças e
1335 problemas relacionados com a saúde, CID. Considerando que essa matéria vem sendo tratada nas
1336 cinco últimas conferências nacionais de saúde e em quase nada tem avançado. Considerando as
1337 leituras tiradas nos meios de comunicação onde conclui-se que as tratativas sobre essa matéria ainda
1338 se arrastaram por mais alguns anos à posteriori, nossa solicitação se justifica e requer inerentemente
1339 que a ANAPAR se responsabilizem acompanhar mais amiúde essas negociações e tratativas, mas não
1340 pode fazer sem o apoio, condão e designação do Ministério da Saúde, penso que a cada dia milhares
1341 de vidas estão sofrendo agravos de saúde com capacidade laborativa, exatamente por falta de
1342 médicos especialistas em reumatologia, cujo o número de pessoas que estão ficando incapacitadas e
1343 tendo suas carreiras comprometidas com a doença já podemos estar essa demanda ser considerada
1344 como um problema de segurança nacional do Estado brasileiro. Uma nação que a cada dia está
1345 ficando mais adoecida fisicamente. Pela plenária dar a par a reunião como membros do Ministério da
1346 Saúde e Câmara Técnica em Reumatologia. Brasília aos seis dias do mês de maio de dois mil e
1347 quatorze”. Esclareceu que isso vem em encontro a CIRH, para saber de denúncias que estão
1348 chegando até a Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos que algumas cadeiras de
1349 reumatologia estão sendo eletivas nas faculdades e não estão sendo de fato cumpridas as
1350 determinações do Ministério da Saúde e com isso deixamos médicos da atenção básica totalmente
1351 despreparados com relação ao primeiro atendimento e o encaminhamento correto para especialistas e
1352 profissional adequado. Salientou ainda, a necessidade de transversalidade na participação, tanto na
1353 comissão intergestores Bipartite como na tripartite, pois são comissões fechadas onde os gestores
1354 participam e o controle social não está presente. Conselheiro **Renato Almeida de Barros**,
1355 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS, Manifestou a
1356 preocupação em definir que modelo de CIRH será proposto para ser constituído nos estados e propôs
1357 uma reunião formal com os Conselhos Estaduais para tratar dessa política. Conselheira **Ivone**
1358 **Evangelista Cabra** finalizou este ponto informando que tem um processo de construção para a
1359 implantação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos nos estados e que a CIRH usará como
1360 modelo de referência o método utilizado pela Educação Permanente. **Deliberação: Nesse item de**
1361 **pauta, foram aprovados os seguintes encaminhamentos: 1) Aprovados 3 pareceres elaborados**
1362 **pela CIRH/CNS; 2) Aprovada a indicação do Conselheiro Alexandre Medeiros para a**
1363 **coordenação adjunta da CIRH; 3) Aprovada a recomposição da CIRH; 4) Realizar a**
1364 **sensibilização dos conselhos estaduais e municipais na Plenária de Conselhos e**
1365 **posteriormente auxiliá-los na criação de CIRH com a realização de uma oficina para discutir o**
1366 **modelo de CIRH; 5) Aprovada a nova metodologia de apresentação de pareceres.** Definido esse
1367 ponto, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 06 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1368 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS.** Apresentação: **Francisco Rózsa Funcia** –
1369 Consultor Técnico da COFIN/CNS; **Arinaldo Bomfim Rosendo** – Subsecretário de Planejamento e
1370 Orçamento, da Secretaria Executiva (SPO/SE/MS); Coordenação: Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1371 **Santos** – Coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS.
1372 Consultor Técnico **Francisco Rózsa Funcia** cumprimentou a todos, presentes e internautas e iniciou
1373 contextualizando os resultados das análises da discussão feita pela COFIN e os esclarecimentos
1374 prestados pela SPO. Explicou que análise do RAG2013/MS permitiu a COFIN/CNS avaliar a gestão do
1375 Ministério da Saúde sob a ótica orçamentária e financeira, procurando verificar o cumprimento da LC
1376 141. Em termos gerais, quanto à estrutura, o RAG2013/MS atende aos requisitos legais e infralegais
1377 estabelecidos para esse documento. Quanto ao conteúdo analisado, alguns aspectos puderam ser
1378 destacados: **1) As comparações quantitativas deste relatório anual deveriam priorizar a execução de**
1379 **2013 em relação ao ano anterior, bem como em relação à meta prevista para 2013. Essa metodologia**
1380 **não foi adotada pelo MS: para a avaliação do cumprimento das metas físicas, foram apresentadas as**
1381 **comparações das metas atingidas em 2013 em relação às programadas ou previstas, mas não foram**

1382 apresentadas as comparações com as realizadas em 2012 para avaliação do nível de execução de um
1383 ano para o outro à luz da restrição orçamentária e financeira estabelecida pela área econômica do
1384 governo. **2)** Na introdução do RAG2013/MS, consta que o relatório trata da “consolidação dos
1385 desempenhos das três esferas de gestão”, quando na verdade refere-se somente ao desempenho da
1386 União. Ainda que cerca de 2/3 dos recursos do MS sejam transferidos para o Distrito Federal, Estados
1387 e Municípios, o RAG2013/MS não avalia o desempenho das demais esferas de gestão. **3)** A partir da
1388 divulgação feita pelo IBGE, no final de novembro/2013, do novo valor nominal do PIB de 2012, houve
1389 uma redução do percentual de variação do PIB para calcular o valor da aplicação mínima faltando
1390 pouco mais de um mês para terminar o ano de 2013. Trata-se de um procedimento temerário em
1391 termos de atendimento às necessidades da população, diante da lógica imposta pela área econômica
1392 do governo de considerar a aplicação mínima legal como aplicação máxima efetiva (popularmente
1393 denominada como a lógica “Piso=Teto”). Assim sendo, seria importante que o MS informasse quais
1394 foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como decorrência dessa redução. **4)**
1395 Houve também a redução da base de cálculo para a definição do valor da aplicação mínima em 2013,
1396 caracterizando uma aplicação retroativa de um dispositivo da LC 141 que somente poderia ser
1397 considerado no ano em que passou a ser utilizado. **5)** Como resultado dessa restrição orçamentária e
1398 financeira imposta para a área da saúde, enquanto a receita corrente cresceu 7,48%, os gastos com
1399 ações e serviços públicos de saúde cresceram 6,19%; em termos reais (descontada a inflação), a
1400 receita cresceu 1,49% e os gastos com saúde cresceram 0,27%. Portanto, não há que se argumentar
1401 “queda de receita” para justificar a manutenção da lógica “Piso=Teto”, expressa no contingenciamento
1402 orçamentário e financeiro imposto ao Ministério da Saúde: afinal, as receitas cresceram mais que os
1403 gastos com ações e serviços públicos de saúde. **6)** A economia orçamentária (diferença entre o valor
1404 da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços correntes no período 2008 a 2013 totalizou R\$
1405 24,968 bilhões (valor nominal) e a preços constantes de 2013 totalizou R\$ 27,461 bilhões (valor real),
1406 consequência direta da adoção da lógica “Piso=Teto”. **7)** Considerando a análise da despesa
1407 empenhada por subfunção de governo diretamente vinculada à Função Saúde, é possível inferir que a
1408 restrição orçamentária e financeira citada anteriormente “sacrificou” principalmente as despesas
1409 empenhadas com Vigilância Sanitária, Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Atenção Básica, cujas
1410 variações anuais percentuais foram as mais baixas na execução orçamentária de 2013. **8)** A razão das
1411 despesas empenhadas em “Assistência Hospitalar e Ambulatorial – AHA” em relação a “Atenção
1412 Básica – AB” foi 2,58 e representou uma queda de 4,9% em relação a 2012, bem como uma queda
1413 acumulada de 16,5% em relação a 2009, indicando uma relativa priorização para a atenção básica.
1414 Mas, como foi mantida a lógica “Piso=Teto”, essa priorização não ocorreu por um crescimento
1415 expressivo de recursos orçamentários para a atenção básica em 2013, mas principalmente por uma
1416 queda real na alocação de recursos da assistência hospitalar e ambulatorial nesse mesmo ano. **9)** Do
1417 ponto de vista da execução orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2013 de R\$ 83,053 bilhões
1418 representou um nível de execução orçamentária de 92,1% da dotação atualizada (LOA + Créditos
1419 Adicionais) e foi classificado como regular (faixa entre 90% e 98%) pela COFIN/CNS. **10)** O nível de
1420 empenhamento por unidade orçamentária foi inadequado (inferior a 90% da dotação atualizada) para
1421 três delas (FUNASA, ANVISA e ANSS), regular (entre 90% e 98% da dotação atualizada) para duas
1422 delas (FNS e FIOCRUZ) e adequado (acima de 98% da dotação atualizada) para o GHC. **11)** Dos doze
1423 itens de despesas com valores empenhados acima de R\$ 1,0 bilhão, sete tiveram nível de empenho
1424 adequado (Média e Alta Complexidade/FNS, Programa Saúde da Família/FNS, Medicamentos
1425 Excepcionais/FNS, PAB Fixo/FNS, Incentivo Financeiro Vigilância em Saúde/FNS, Vacinas e
1426 Vacinação/FNS e Farmácia Básica-PAB/FNS), três tiveram nível de empenho regular (Pessoal Ativo,
1427 Saúde Indígena/FNS e PAC/Funasa) e dois tiveram nível de empenho inadequado (Farmácias
1428 Populares/FNS e Outros Programas do FNS). **12)** Os municípios receberam 71,7% dos recursos
1429 repassados pelo Ministério da Saúde e os Estados 28,3% em 2013, a maior parte na modalidade
1430 fundo-a-fundo. Em termos consolidados, as transferências fundo-a-fundo representaram 97,5% dos
1431 valores pagos a Estados e Municípios, o que está de acordo com a LC 141/2012. Porém, há que se
1432 ressaltar que o conceito legal de “Transferências Fundo-a-Fundo” como sendo a “transferência direta,
1433 regular e automática” não está sendo respeitada, pois, na prática, considera-se “fundo a fundo”
1434 quaisquer transferências financeiras do FNS para os fundos estaduais e municipais, mesmo aquelas
1435 que envolvem “vontades entre as partes”, como são os convênios. **13)** Em termos consolidados,
1436 considerando os blocos de financiamento, o desembolso financeiro da União para Estados e
1437 Municípios foi de 65,3% para Média e Alta Complexidade e 24,0% para Atenção Básica. Em termos
1438 regionais, foi verificada a seguinte participação: Norte/7,9%, Nordeste/30,2%, Sudeste/39,5%,
1439 Sul/15,0% e Centro-Oeste/7,4%. **14)** Em termos dos blocos de financiamento e distribuição regional, as
1440 regiões que receberam a maior parte dos valores transferidos por bloco foram: Atenção Básica/36,6%
1441 para a Região Nordeste, Média e Alta Complexidade/42,0% para a Região Sudeste, Vigilância em
1442 Saúde/36,3% para a Região Sudeste, Assistência Farmacêutica/50,2% para a Região Sudeste, Gestão
1443 do SUS/35,3% para a Região Sudeste e Investimento/39,2% para a Região Nordeste. **15)** Sob a
1444 vigência da LC 141, foram cancelados R\$ 2,5 bilhões de Restos a Pagar em 2012 (R\$ 1,2 bilhão) e

1445 2013 (R\$ 1,3 bilhão), devendo essa importância ser compensada como aplicação adicional na
1446 execução orçamentária de 2014. Os pagamentos representaram menos da metade (45,8%) do valor
1447 total inscrito e reinscrito, restando em 31/12/2013 um saldo a pagar de R\$ 6,8 bilhões (equivalente a
1448 45,4% do total inscrito e reinscrito), situação que não demonstra o comprometimento com o pagamento
1449 dessas despesas conforme afirmado na página 21 do RAG2013/MS. **16)** Desse saldo a pagar de R\$
1450 6,8 bilhões, R\$ 5,4 bilhões são “não processados” (ou não liquidados), sem que o RAG2013/MS
1451 explicitasse a real possibilidade de execução desses Restos a Pagar em 2014, fator preocupante tanto
1452 por se tratarem de despesas do período 2003 a 2012, como pelo fato de que esse saldo a pagar foi
1453 acrescido dos valores dos empenhos de 2013 não pagos nesse exercício no valor de R\$ 8,8 bilhões.
1454 Em 2014, como herança de 2013, a execução financeira dos Restos a Pagar terá como ponto de
1455 partida um valor total inscrito e reinscrito de R\$ 15,6 bilhões. **17)** Sob a ótica do artigo 24 e seus
1456 incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012, o RAG 2013/MS não evidenciou a existência de
1457 recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da
1458 administração indireta do MS (no valor total de R\$ 15,6 bilhões, se forem considerados os Restos a
1459 Pagar a partir de 2003; ou, no mínimo de R\$ 8,8 bilhões referentes aos valores empenhados e não
1460 pagos em 2013). Após o advento da LC 141, o empenhamento da despesa é condição necessária,
1461 mas não suficiente para que se comprove a aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do
1462 Fundo Nacional de Saúde e das unidades da administração indireta do MS tenham recursos em caixa
1463 correspondentes ao saldo a pagar dos empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar
1464 apurados em 31 de dezembro de 2013. **18)** O demonstrativo das receitas próprias do Ministério da
1465 Saúde totalizaram R\$ 4,4 bilhões, sendo R\$ 3,7 bilhões vinculadas ao Fundo Nacional de Saúde (com
1466 destaque para o DPVAT no valor de R\$ 3,5 bilhões) cujas despesas financiadas com esses valores
1467 não poderiam ser computadas no cálculo da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de
1468 saúde, tanto porque assim exige a Lei Complementar nº 141/2012 (art.4º, Inciso X), como pelo fato de
1469 caracterizar em vários casos um processo de retroalimentação financeira ou “dupla contagem”, como
1470 por exemplo, restituições de convênios, cujos valores serviram para computar a aplicação em saúde
1471 nos anos anteriores. Em outros termos, dos R\$ 83,0 bilhões de despesas empenhadas, deveriam ser
1472 deduzidos os valores arrecadados da receita própria de R\$ 4,4 bilhões, o que reduziria o valor aplicado
1473 para R\$ 78,6 bilhões em 2013 (abaixo do mínimo legal). Porém, se o Ministério da Saúde adotasse
1474 essa interpretação, não teria como empenhar despesas adicionais pelo fato da área econômica não
1475 disponibilizar tais recursos. **19)** É possível concluir que o MS tem excelente capacidade de execução
1476 para as despesas que representam transferências a Estados, DF e Municípios. Portanto, se
1477 houvessem mais recursos para o MS executar em ações e serviços públicos de saúde, no âmbito do
1478 SUS, a população seria beneficiada em termos quantitativos (mais serviços) e qualitativos,
1479 principalmente porque a maioria das despesas do MS assume a forma de transferências para os
1480 Estados e Municípios. Contudo, a transferência de recursos financeiros para Estados, DF e Municípios
1481 foi realizada sem aprovação dos critérios pelo CNS, conforme estabelece a LC 141. **20)** Os membros
1482 da COFIN/CNS debateram e concordaram também que a execução orçamentária não pode ser
1483 considerado um indicador automático da gestão do Ministério da Saúde, mas é imprescindível para
1484 avaliar essa gestão. Mas, seria importante também acompanhar a execução orçamentária das 3
1485 esferas de governo, pois fazemos parte de um conselho “nacional”, e não “federal”. Além disso, a
1486 receita da União deveria ser apresentada tanto no RAG, como nos relatórios de prestação de contas
1487 quadrimestrais, pois é ferramenta para o debate do conselho sobre a alocação dos recursos
1488 arrecadados pela União. **21)** Os membros da COFIN/CNS debateram também que não ficou
1489 evidenciado na análise do RAG2013/MS como a União está prestando cooperação técnica aos
1490 municípios nos termos da LC 141. A Comissão Intergestores Tripartite está com um Grupo de Trabalho
1491 que ainda não concluiu a discussão sobre o novo critério de rateio dos recursos para os Estados e
1492 Municípios, que deverá ser submetido para aprovação do CNS. É preciso superar a lógica vigente da
1493 produção e/ou capacidade instalada. O RAG 2013/MS não apresenta de forma desagregada as
1494 transferências “bloco por Unidade da Federação” para os governos estaduais e “bloco por Unidade da
1495 Federação” para os respectivos governos municipais, o que seria importante para aprofundar a análise
1496 dessas transferências. **22)** Este é o parecer técnico da COFIN/CNS referente à análise do RAG 2013,
1497 de caráter parcial, porque precisa ser complementada com a avaliação da Execução das Diretrizes do
1498 Ministério da Saúde – Indicadores e Metas que está sendo realizada pelas demais comissões do CNS.
1499 XVIII. A COFIN/CNS e as demais comissões temáticas receberam o RAG2013/MS em 1º de abril, mas
1500 ninguém encaminhou a avaliação até a presente data (24/04/2014). Apresentou ainda, os
1501 esclarecimentos do Sr. Arinaldo, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde
1502 (SPO/MS), durante o debate realizado com a consultoria técnica e os membros da COFIN/CNS na
1503 reunião realizada em 24/04/2014. **a)** Inicialmente, esclareceu porque considerou que o RAG2013/MS
1504 apresentou a avaliação de desempenho consolidado das três esferas de governo: porque a maior parte
1505 da despesa do SUS/União é transferência para Estados e Municípios. **b)** Não existe contingenciamento
1506 orçamentário por causa da receita, mas porque há uma decisão desde a promulgação da EC29 de que
1507 a disponibilidade orçamentária para execução do Ministério da Saúde seria próxima da aplicação

1508 mínima. Por isso, todas as emendas estão acima do mínimo na época da elaboração do orçamento,
1509 mas ficam incorporadas quando da execução orçamentária. O MS sempre apresentou preocupação
1510 com esse procedimento, pois há um risco constante de não conseguir cumprir o mínimo por causa da
1511 descentralização (principalmente, no caso da administração indireta): é preciso verificar se cada área
1512 descentralizada empenhou. c) O Decreto 7827 definiu que a vigência seria somente a partir de 2013
1513 para aferição em 2014. Esse adiamento atendeu principalmente aos Estados e Municípios, que neste
1514 ano tiveram prazo ampliado de preenchimento do SIOPS para maio, para inclusão das informações
1515 sobre o cumprimento do mínimo. c) O nível de execução orçamentária deveria ser calculado em
1516 relação à dotação disponível e não em relação aos valores da LOA mais créditos adicionais. O MS
1517 busca aprimorar a execução com base na disponibilidade orçamentária, e não nos valores autorizados
1518 na LOA. d) Da transferência referente ao bloco de Assistência Farmacêutica em 2013, a Região
1519 Sudeste recebeu 50%. Esse percentual elevado pode ser explicado pela farmácia popular, pelo
1520 ressarcimento dos medicamentos de alto custo para os Estados, pela Farmácia Básica e pela
1521 capacidade instalada. e) Apesar das transferências fundo a fundo ainda não ocorrerem de forma direta,
1522 regular e automática, a generalização das transferências sob a forma fundo a fundo tem servido para
1523 agilizar a execução orçamentária e reduzir os Restos a Pagar (recursos de investimentos para UPA,
1524 UBS, etc.) – os Restos a Pagar não representam nenhuma ação de saúde enquanto não forem pagos.
1525 Porém, muitos gestores municipais ainda não usaram os recursos financeiros que estão depositados
1526 nas contas dos respectivos blocos de financiamento. f) A SPO/MS enviou para Secretaria de
1527 Orçamento Federal a compensação dos Restos a Pagar cancelados em 2013, mas não incluiu os de
1528 2012 porque o Decreto 7827 excluiu essa possibilidade. g) Não encontrou na LC141 a indicação de
1529 que as despesas financiadas com receita própria do MS não podem ser utilizadas para o cálculo da
1530 aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde. A devolução para a área da saúde dos
1531 recursos de convênio a ela vinculados é positiva, porque para os demais órgãos isso não ocorre -
1532 retorna para o Ministério da Fazenda. h) Há erro da LC 141 sobre o procedimento de centralização dos
1533 recursos financeiros no Fundo Nacional de Saúde, quer pelo dispositivo constitucional do “caixa único”,
1534 quer pela existência de unidades descentralizadas com autonomia administrativa e financeira que
1535 impedem a centralização dos recursos da saúde no FNS. i) Em resposta à pergunta sobre como é feito
1536 o repasse do DPVAT: 50% para o FENASEG; 45% para a Saúde e 5% para o DENATRAN. No caso
1537 da saúde, somente financia MAC. j) Em resposta à pergunta sobre o financiamento do programa “Mais
1538 Médicos”, estimado em R\$ 1,5 bilhão/ano: não houve recurso adicional, mas houve um remanejamento
1539 interno com a redução de outras dotações existente no MS. l) Em resposta ao baixo nível de empenho
1540 do ITEM 23 – PROESF: como também é financiado com recurso externo, o grau de exigência é muito
1541 grande para Estados e Municípios; o objetivo é reduzir esse aporte de recursos externos (o projeto
1542 termina em abril/2014). m) Em resposta ao baixo nível de liquidação do Item 24 – REHUF – 480
1543 milhões de empenho X 180 milhões de liquidação/pgto: é recurso de investimento – obra e
1544 equipamento; nada será repassado se não houver a comprovação de gasto. n) Em resposta ao
1545 questionamento sobre vários itens zerados no Projeto de LOA: foi em decorrência do Plano
1546 Orçamentário; o Congresso concordou com algumas, mas não com outras. o) Em resposta ao baixo
1547 pagamento do Item 41 – reaparelhamento de unidades do SUS: são emendas parlamentares. p) Em
1548 resposta à mudança do critério de rateio: não há como mudar a forma de rateio vigente – para uns
1549 receberem mais recursos, outros terão os recursos reduzidos. **Fim da apresentação.** Subsecretário de
1550 Planejamento e Orçamento, da Secretaria Executiva - SPO/SE/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**,
1551 iniciou sua explanação Informando que o RAG não é somente a questão orçamentária e financeira,
1552 tem a questão do acompanhamento da execução de metas físicas, que estão no Plano Nacional de
1553 Saúde, aprovado pelo CNS e que vai passar por uma análise crítica. Apresentou o documento que
1554 informa sobre a divergência entre o número de aposentado e a informação que está no Portal da CGU.
1555 Esclareceu que o relatório de gestão foi analisado, levando em consideração algumas premissas
1556 básicas importantes. A primeira, que a Lei de Diretrizes Orçamentárias, que vinha regulamentando a
1557 aplicação do que deveria ser ações de serviços públicos em saúde no âmbito da União. A partir do ano
1558 de 2012, com a Lei Complementar 141, teve um decreto que regulamentou a aplicação da lei, e dizia
1559 dentre outras que ela passaria a vigorar se aplicada integralmente a partir do ano de 2013. Nesse
1560 contexto, informou que estamos fazendo a primeira análise na verdade, sobre a interpretação total da
1561 Lei Complementar 141. Destacou sobre a homologação que o Ministério da Saúde fez através da
1562 figura do seu Secretário Executivo, dizendo do quanto que o Ministério da Saúde aplicou no ano
1563 passado em ações de serviços públicos em saúde e quanto nós ficamos acima do mínimo, cento e
1564 quarenta milhões de reais que a STN, já tinha apurado dia 30 de janeiro, ou seja, cumprimos no ano de
1565 2013 o mínimo constitucional. Explicou sobre a questão do duplo financiamento que quando contabiliza
1566 no mínimo do exercício receita própria oriunda de devolução de convênios “... é a devolução ao
1567 Ministério da Saúde por parte alguém que recebeu recurso através de convênio para fazer
1568 determinada ação, se esse recurso à época foi contabilizado para efeito do mínimo então eu fiz um
1569 convênio com alguém, com o estado, com o município, repassei o recurso financeiro, apuramos
1570 através do sistema de auditoria do SUS posteriormente que o estado ou município não aplicou naquilo

1571 que o convênio dizia que devia ser feito, então ele não transformou o recurso que foi contabilizado para
1572 efeito do mínimo, ele não transformou em ação de serviço em saúde, pois se ele estivesse
1573 transformado de acordo com aquilo que estava previsto o convênio não haveria de ter falado em
1574 devolver recurso ao Ministério, se ele devolveu é porque não cumpriu, se não cumpriu não posso dizer
1575 então que ao executar esse recurso novamente no orçamento em cima de uma outra ação...” Destacou
1576 a questão de receita própria não contar para efeito do mínimo, “Não constituíram despesas com ações
1577 de serviços públicos em saúde para fins de apuração dos percentuais mínimos que trata a Lei
1578 Complementar aquelas decorrentes de: Inciso 10º, ações de serviços públicos em saúde custeadas
1579 com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nessa Lei Complementar ou
1580 vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.” Então quer dizer, onde que eu busco
1581 fundos ou receitas para fim de aferição do mínimo, quando eu tenho que identificar um percentual de
1582 12% para estabelecer o mínimo dos estados tem que aplicar ou o percentual de 15% que os
1583 municípios tem que aplicar, no caso da União é o Artigo 5º, ele diz que: “ Para efeito de aferição na
1584 União é o seguinte, a União aplicará anualmente em ações de serviço público em saúde o montante
1585 correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior apurados nos termos desta Lei
1586 Complementar acrescido de no mínimo o percentual correspondente a variação nominal do produto
1587 interno bruto ocorrida no ano anterior ao da Lei Complementar anual”. finalizou a apresentação
1588 salientando “...esta é a metodologia que eu tenho que aplicar para estabelecer o mínimo no âmbito da
1589 saúde, então aqui eu não tenho menção, não tenho mencionado que olha, para efeito desse mínimo
1590 aqui deve-se ser retirado o recurso oriundo do DPVAP ou de receita própria ou algo que o valha, o
1591 único artigo da lei que eu identifiquei que trata de receita que eu não posso contabilizar mais a partir, e
1592 vamos entender, a partir da Lei Complementar 141, é o Artigo 24, Parágrafo 4º, que diz o seguinte:
1593 “Não serão considerados para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nessa Lei
1594 Complementar, as ações de serviços públicos em saúde referidos no Artigo 3º, Inciso 1 desse
1595 Parágrafo, na União, nos estados, no DF e nos municípios referentes as despesas custeadas com
1596 receitas provenientes de operações de créditos contratadas para essa finalidade.” Então quer dizer,
1597 aqui eu deixei de poder contabilizar a partir da aplicação da Lei Complementar 141 os recursos
1598 externos, recursos da Fonte 148, nos estados eles não podiam já anteriormente serem contabilizados
1599 para efeito do mínimo, a partir daqui ficaram os três entes impossibilitados de utilizar recurso da Fonte
1600 148 para efeito da contabilização do mínimo ou recursos externos para a gente entender melhor o que
1601 significa isso, ou recursos externos”. **fim da apresentação. Manifestações.** Conselheiro **Clovis**
1602 **Adalberto Boufleur** saudou a todos e solicitou esclarecimento sobre o orçamento da SESAI referente
1603 aos 897 milhões que foram executados e questionou a solicitação de suplementação 130 milhões.
1604 Salientou sobre o anúncio, da Presidente Dilma, referente o PAC 3 com o dinheiro da FUNASA, 2,8
1605 bilhões para municípios com menos de 50 mil habitantes. Explicou que conforme o Art. 141, a fonte
1606 financiadora precisa aprovar no conselho específico. “No caso aqui a fonte financiadora é governo
1607 federal tem que ser Conselho Nacional de Saúde”. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1608 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM, Esclareceu que tivemos uma execução de
1609 92% da verba prevista no orçamento, ou seja, foi cortado do Ministério da Saúde um valor acima de 7
1610 bilhões de reais. Ressaltou que teve mais dois fatores de encolhimento da verba do Ministério da
1611 Saúde: Foram colocados para dentro do mínimo constitucional, as verbas relativas às emendas
1612 parlamentares, “ que foram aí alguma coisa em torno de 800 e poucos milhões de reais, então além
1613 dos 7 bilhões mais 800 de emendas parlamentares que antes estavam fora do mínimo constitucional e
1614 agora passaram a ficar dentro dele, portanto reduzindo o montante do conjunto das outras verbas”.
1615 Informou que o PIB nominal é 6,01, mas o IBGE está dizendo que a inflação foi 5,86 e o crescimento
1616 do PIB real “ foi 1%, é só fazer uma conta de multiplicar que a gente vê que o PIB nominal deveria ser
1617 6,91 e não 6,01, então das duas uma ou a inflação não foi 5,86 e isso não parece ser mera
1618 semelhança ou então o PIB não cresceu 1%, porque não dá com uma inflação 5,86 e um crescimento
1619 do PIB de 1% dá um PIB nominal de 6,01, não fecha a matemática e isso dá uma diferença de 730
1620 milhões a menos no mínimo constitucional calculado com 6,01 e não 6,91 como deveria ser”. Salientou
1621 que todas essas observações equivalem a um total de 8,5 bilhões de reais, “isso é o maior corte de
1622 verbas da história do Ministério da Saúde”. Finalizou dizendo que: “pelo menos o Ministério deveria
1623 estar defendendo as suas verbas, é o que eu penso, é o mínimo, eu sei que tem instâncias maiores aí
1624 no poder federal que talvez não permitam nós termos todas as verbas que deveríamos estar tendo,
1625 agora o mínimo que a gente deve esperar é que o Ministério defenda a saúde”. conselheira **Maria**
1626 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS), parabenizou a
1627 apresentação e informou da importância de capacitar o conselheiro para participar com efetividade da
1628 pauta da COFIN. **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn),
1629 Questionou sobre os restos a pagar: “eu queria ouvir um pouco mais como é que a gente fica com uma
1630 dívida para ser paga onze anos”. Perguntou qual é o efeito disso sobre os usuários do SUS. **Retorno**
1631 **da mesa.** Subsecretário de Planejamento e Orçamento, da Secretaria Executiva - SPO/SE/MS,
1632 **Arinaldo Bomfim Rosendo**, informou Sobre o chama identificador de uso, que é a marcação na Lei
1633 Orçamentária de ação por ação daquilo que deve ser computado. Para efeito do mínimo ou aquilo que

1634 não pode ser executado, e usado o identificador 6. Antes de uma ação orçamentária, o Congresso
1635 entendeu e a Presidente sancionou que poderia ser, é ação de serviço público em saúde, o dígito 0
1636 (zero) na frente, é aquilo que dentro do orçamento do Ministério da Saúde não pode ser computado
1637 para efeito do mínimo, então, saneamento algumas ações, assistência médica odontológica é toda ela
1638 e recursos externos a ação toda ela está marcada com o dígito 0 (zero). Informou que mandou para a
1639 COFIN, na primeira indagação, sobre o relatório do último trimestre do ano passado, uma relação da
1640 execução de um grupo separado, tudo que era dígito 6 e o que que era dígito 0 (zero), e nós estamos
1641 debruçados sobre aquilo que foi utilizado para efeito da contabilização do mínimo, então isto daí faz
1642 parte de uma relação, quando a gente diz que empenhou R\$ 89.914.629,32 (oitenta e nove bilhões,
1643 novecentos e quatorze milhões, seiscentos e vinte e nove mil e trinta e dois centavos), está numa
1644 relações de ações que estão marcadas na Lei Orçamentária, já saiu do Congresso marcada, como
1645 sendo essas ações dentro daquilo que o Congresso estabeleceu. Para efeito do mínimo, então deixou
1646 de ser interpretação nesse momento porque elas estão segregadas, estão separadas do orçamento.
1647 “vale então para DPVAT, receita própria, assim também para recursos externos porque, toda ação em
1648 que tenha recurso do tesouro, mas dentro dela tenha recurso da fonte da 148, e aí eu estou me
1649 referindo a expansão do saúde da família, estou me referindo a AIDS, estou me referindo ao
1650 QUALISUS, então a ação integral passou a não poder mais contabilizada para efeito do mínimo,
1651 mesmo que eu tenha uma ação com 200 milhões, 50 milhões de fonte 148 e 150 de fonte tesouro, ela
1652 integralmente deixa de contar para efeito do mínimo e está marcada no orçamento e eu apresentei e
1653 esse material está aqui, com relação ao que a presidente anunciou ontem os 2,8, isso é um processo
1654 em que começa esse ano com o orçamento que o Congresso, que o Conselho aprovou para a
1655 FUNASA de saneamento, vale ressaltar que o Conselho inicialmente havia aprovado assim como nós
1656 entendíamos que poderia ser contabilizado sim para efeito do mínimo constitucional, checamos no
1657 Congresso e o Congresso pediu para aqueles que não estavam claros, que era para pequenos
1658 municípios não podiam ser computados para efeito do mínimo e aí foram retirados e isso aí faz parte
1659 do PAC, está no orçamento da FUNASA, não conta para efeito do mínimo constitucional, porém a
1660 FUNASA fez uma seleção dos municípios ainda no ano passado a seleção e agora só podia começar a
1661 fazer os convênios para que esses municípios recebesse os recursos a partir da aprovação da
1662 Coordenação Geral do PAC, então isso foi feito, que eu saiba não tem liberação de um centavo ainda
1663 desses novos recursos aqui e entendo que a FUNASA pode ser, o André está aqui presente, a
1664 FUNASA pode ser demandada a apresentar aqui na próxima reunião do Conselho inclusive, os
1665 critérios utilizados, a forma, como está previsto assim como fez no PAC 2, assim como fez no PAC 1,
1666 sempre discutindo com o Conselho quais eram os critérios porque a FUNASA ao fazer a seleção ela
1667 publica as portarias, publica os documentos no Diário Oficial, torna público quais foram os critérios
1668 utilizados para recebimento de propostas para financiamento de saneamento que a FUNASA faz,
1669 então entendo também da mesma forma, não há problema nenhum dela vir aqui trazer e discutir e
1670 apresentar junto ao Conselho”. Ressaltou que “sobre a questão da receita própria, temos que separar
1671 duas coisas: Se cumpri o mínimo em cima dos pré-requisitos daquele exercício, o que que era daquele
1672 exercício, valor empenhado, eu empenhei um montante então cumpri o mínimo naquele exercício. Faz
1673 parte da forma de apuração de aplicação ou não do mínimo, ele está previsto na Lei Complementar,
1674 que aquilo que eu empenhei e não paguei ainda pelos mais diversos motivos ele é computado para
1675 efeito do mínimo daquele ano. Então eu cumpri daquele ano então posso ficar com esse resto à pagar
1676 um ano, dois anos, três anos, quatro anos, cinco anos com esse resto a pagar e nós podíamos ter
1677 cancelado isso já algum tempo, não fizemos porque temos o entendimento de que o estado ou
1678 município estão fazendo ações voltadas para cumprir o convênio, porque há de se falar que tudo é
1679 convênio, cem por cento é convênio ou 99,9 são convênios, então os estados e municípios estão
1680 sempre trabalhando para poder fazer jus a receber esses recursos que julgamos sempre ser essencial
1681 e muito necessário para o município.” informou que no mês de novembro do ano passado, a
1682 Presidente anunciou que o PIB de 2012 tinha crescido no mínimo 1,5%, nós estávamos trabalhando
1683 com 0,9, o IBGE anuncia as duas coisas, anuncia o PIB que não foi de 1,5 de crescimento, foi de 0,9
1684 para 1% e veio a inflação, e ao fazermos essa indexação de PIB versus inflação deu exatamente esse
1685 valor que você tomou conhecimento através dos relatórios nossos aqui, isso daqui inclusive foi, o
1686 Planejamento tomou conhecimento, atuou sobre esse índice aqui, verificando o seguinte, que naquele
1687 momento nós estávamos acima do mínimo em 200 milhões de reais, por conta dessa contabilização de
1688 inflação versus PIB, podemos inclusive se você achar conveniente a gente depois poder aqui te dar as
1689 duas informações do IBGE que levou para isso daqui, não tem problema nenhum da gente fazer até
1690 porque se você for verificar, o mesmo PIB que caiu em novembro, a mesma forma de cálculo foi
1691 aplicada em abril para definir qual que seria, em dezembro e nos últimos treze anos, é a mesma
1692 fórmula, não muda uma vírgula, é a mesma fórmula, é PIB real versus inflação e dá um deflator que a
1693 gente aplica sobre o orçamento, a fórmula de cálculo é a mesma que foi feita nos últimos treze anos.
1694 Na integra “Sobre a SESAI esclareceu que sabíamos que tinha um déficit no orçamento da SESAI,
1695 porque foi prometido o concurso público para a SESAI e depois por diversos motivos não foi
1696 viabilizado. Então a SESAI contrata as pessoas para atender as áreas indígenas, através de convênios

1697 com entidades filantrópicas. Quando nós aprovamos o orçamento verificamos que tinha um déficit na
1698 SESAI. Nesse sentido, negociamos com o Poder Executivo e pagamos todas aquelas dívidas da
1699 SESAI. “no dia 30 de dezembro o Congresso aprova, o crédito estava lá, o que eu podia fazer com
1700 esse crédito aprovado no dia 30 dezembro, então ele ficou contingenciado porque, porque nós já
1701 tínhamos dado a SESAI aquilo que ela disse que necessitava do decreto, esse é mais um exemplo
1702 dessa minha discussão sempre por motivos com o Fúncia que eu não posso simplesmente comparar a
1703 minha execução com lei mais crédito, esse caso daí é um caso exemplar, eu substituí o projeto lei que
1704 eu tinha mandado para lá por um decreto, o decreto foi publicado, a SESAI executou aí no final do
1705 apagar da luz do Congresso, no dia 30, sai sancionada, sai publicado o crédito que eu tinha mandado
1706 para lá oito meses antes que ficou dentro do Congresso, eu não ia executar duas vezes a mesma
1707 coisa então o que que nós fizemos então, ficou contingenciado esse valor aí e aí como eu somo esse
1708 valor que está aqui, é mais crédito, com a execução dá essa questão que o Fúncia coloca, só que isso
1709 aqui é uma metodologia que ele utiliza em comum acordo com vocês que é válida, é uma forma de
1710 vocês analisarem e verem a coisa, mas a minha colocação é para esse exemplo aqui inclusive muito
1711 bem colocado aqui por você, como é que eu posso ter uma baixa execução quando teve essa questão
1712 daqui. Então é nesse sentido daí que a gente coloca essa coisa daqui”. **Fim das considerações da**
1713 **mesa.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** – Mesa Diretora do CNS, ressaltou que o Consultor
1714 Técnico Francisco Rózsa Funcia, considerou satisfatório o debate das questões levantadas pelo
1715 plenário e Destacou que é o primeiro ano que o Conselho Nacional de Saúde, pelo Decreto da
1716 Presidência da República, vai fazer análise do Relatório Anual de Gestão sobre a Lei Complementar
1717 141. Informou da necessidade do CNS em fazer uma análise a respeito das ações programáticas nas
1718 mais diferentes áreas. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** falou que, na a Jornada das Comissões, foi
1719 solicitada a parte técnica do Conselho que fornecesse insumos para a realização do trabalho do pleno.
1720 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** registrou que e necessário, na verdade, um reforço na
1721 equipe técnica do Ministério da Saúde e que o Ministro e os representantes do ministério já assumiram
1722 esse reforço. Conselheiro **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde, Reforçou que o
1723 Ministro pediu o levantamento de todas as comissões que do CNS para reforçar e realizar uma
1724 recomposição de todos os participantes do Ministério nas comissões. Conselheira **Ivone Evangelista**
1725 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Ressaltou que a CIRH, na Jornada das
1726 Comissões, fez um encaminhamento de que houvesse uma reunião conjunta da CIRH e da COFIN.
1727 “Vários pontos que nós estamos identificando dos encaminhamentos da Conferência Nacional de
1728 Saúde e que consta no RAG, precisaria da gente estar trabalhando juntos, como é que interpreta, por
1729 exemplo, vem os 50% da meta prevista de qualificação do pessoal de nível médio, por exemplo, como
1730 é que a gente interpreta isso dentro da aplicação orçamentária. O outro elemento também que nós
1731 identificamos é em relação a estruturação da rede e a preocupação que a gente está é em relação
1732 aquilo que foi pactuado para ser criado de unidade de saúde, de equipes de saúde da família, equipe
1733 de saúde bucal e centro de especialização odontológico por exemplo, o que estava previsto para ser
1734 executado, o que foi efetivamente executado e onde a gente acha isso naquelas rubricas todas que
1735 estão lá, então nós encaminhamos e eu gostaria que isso ficasse até como um encaminhamento aqui
1736 que a COFIN nos assessorasse em relação a isso programando encontros com as comissões, que
1737 incluísse na sua agenda de trabalho encontros com as comissões e a CIRH já está apresentando a
1738 primeira demanda”. O pleno do CNS aprovou o mérito das moções: de repúdio à indicação do novo
1739 diretor da ANS, de apoio a Política Nacional do Desenvolvimento Produtivo e de apoio à criação de
1740 polos para o tratamento de doenças reumáticas. **Deliberação: 1) Consolidar Resolução de**
1741 **aprovação do Relatório Anual de Gestão para apresentação ao Pleno até agosto de 2014; 2)**
1742 **Incluir na agenda da COFIN um encontro com as comissões para apoiar as atividades**
1743 **desenvolvidas; 3) Firmado o compromisso do Ministério da Saúde para enviar equipe técnica**
1744 **para auxiliar os trabalhos da COFIN; 4) Realizar manifestação no dia 13 de maio no Congresso**
1745 **Nacional junto com a Marcha dos Prefeitos em defesa do financiamento da saúde, onde todos**
1746 **os homens deverão estar de terno e gravata para entrar no plenário.** Definido esse ponto, a mesa
1747 foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 07 – INFORMES E INDICAÇÕES.** Apresentação:
1748 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** – Mesa Diretora do CNS e Conselheira **Nelcy Ferreira da**
1749 **Silva.** Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou sobre o convite da Rede Sapata para o 8º
1750 Seminário de Lésbicas e Bissexuais - 8º SENALE, em Porto Alegre - RS, nos dias 27 e 28 de maio de
1751 2014 para o planejamento e nos dias 29 de maio e 01 de junho de 2014 para o seminário. Conselheira
1752 **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL, destacou que o 8º SENALE e um
1753 seminário de âmbito nacional e que ocorre de 2 em 2 anos, com as lideranças lésbicas e bissexuais.
1754 Prosseguindo a conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** solicitou a indicação para o 12º Congresso da
1755 Confederação Nacional das Associações de Moradores a ser realizado na cidade de João Pessoa/PB
1756 nos dias 23 a 25 de maio de 2014. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** avançou com os informes
1757 lendo a justificativa de ausência do conselheiro **Marcos Castilho**, Federação Nacional das
1758 Associações Pestalozzi, na 257ª Reunião Ordinária do CNS em 07 e 08 de maio de 2014, com o
1759 seguinte texto: registro o recebimento deste e-mail, lamentando muito o indeferimento do pleito por

1760 mim apresentado, visto que, consideramos de suma importância nossa participação na Reunião do
1761 CNS, uma vez que o Titular encontra-se em recuperação de saúde, impossibilitado de participar, assim
1762 como a Segunda Suplente que está prestes a dar à luz, sua primeira filha, também não poderá
1763 comparecer. Diante do acima exposto, só me resta então informar que, diante da negativa do sistema
1764 (SCDP), em me enviar para Manaus, onde já tinha previamente um compromisso representando a
1765 Federação da qual faço parte, voluntariamente, que não poderei comparecer na próxima reunião
1766 ordinária, já fazendo aqui a justificativa da minha ausência, solicitando que a mesma seja registrada e
1767 consignada em ata. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** solicitou informação sobre a
1768 participação dos conselheiros suplente no congresso do CONASEMS. Conselheiro **Ronald Ferreira**
1769 **dos Santos** expôs que a presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, esta articulando a
1770 ampliação das vagas para os suplentes do CNS, no congresso do CONASEMS. Conselheira **Nelcy**
1771 **Ferreira da Silva** prosseguiu informando sobre a retificação da composição da Comissão Intersetorial
1772 de Ciência e Tecnologia – CICT, com o seguinte texto: Aprovar a Reestruturação da Comissão
1773 Intersetorial de Ciência e Tecnologia - CICT, para o exercício do mandato de 2013 a 2015, com a
1774 composição de 10 (dez) titulares e 10 (dez) suplentes constituída da seguinte forma: I – Titulares
1775 (Coordenador – Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, Coordenador Adjunto –
1776 Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; a) um representante da Confederação
1777 Nacional da Indústria (CNI); b) um representante da Organização Nacional de Entidades de Deficientes
1778 Físicos - ONEDEF; c) um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva
1779 – ABRASCO; d) um representante da Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); e) um
1780 representante da Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; f) um representante do Conselho
1781 Federal de Biologia - CFBlo; g) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde –
1782 CONASS; h) um representante da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil -
1783 FARBRA; i) um representante do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
1784 – MORHAN; j) um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde; e
1785 III – Suplentes: a) um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos –
1786 MCTI; b) um representante do Ministério da Educação - MEC; c) um representante do Movimento
1787 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais - MBHV; d) um representante da Federação de Sindicatos
1788 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil-
1789 FASUBRA; e) um representante da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; f) um
1790 representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos - Fenafar; g) um representante do Conselho
1791 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; h) um representante da Federação
1792 Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; I) um representante da Federação
1793 Nacional das Avapes - FENAVAPE; J) um representante da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/MS.
1794 Informe sobre Solenidade de Posse da nova gestão (2014-2017) do Conselho Federal de Serviço
1795 Social – CFESS no dia 15 de maio de 2014, às 18h30, em Brasília/DF. Conselheira **Nelcy Ferreira da**
1796 **Silva** deu continuidade informando: sobre Solenidade de Posse da nova gestão (2014-2017) do
1797 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS no dia 15 de maio de 2014, às 18h30, em Brasília/DF;
1798 sobre Seminário em comemoração aos 20 anos do IDISA, em 21 e 22 de maio de 2014, na cidade de
1799 Campinas/SP e sobre Dia Internacional do Celíaco – 18 de maio de 2015. Conselheiro **Júlio Cesar**
1800 **Figueiredo Caetano**, representante da Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA), informou
1801 sobre pedido de suspensão preventiva do teste rápido para Hepatite C – HCV da empresa WAMA ao
1802 Ministério da Saúde, devido aos resultados de FALSO NEGATIVO que vem ocorrendo nos últimos 12
1803 meses no Brasil. Conselheiro **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes
1804 Reumáticos – ANAPAR, conscientizou sobre a doença Espondilite Anquilosante: doença reumática
1805 inflamatória crônica, que não tem cura, e atinge a coluna vertebral ombros e joelhos. Informou que a
1806 associação de pacientes reumáticos luta para o diagnostico precoce para evitar sequelas. Conselheira
1807 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), informou que no período de
1808 12 a 20 de maio será celebrado a Semana Brasileira de Enfermagem. Ressaltou que no dia 12 de
1809 maio, comemora-se o dia do Enfermeiro e Enfermeira e que no dia 20 de maio o dia dos auxiliares e
1810 técnicos de enfermagem. Solicitou ao CNS que registrasse uma homenagem a essas comemorações.
1811 **Deliberação: 1) Foi aprovada a realização da 258ª RO do CNS nos dias 04 e 05 de junho no XXX**
1812 **Congresso do CONASEMS na cidade de Serra/ES caso haja infraestrutura. Em caso contrário,**
1813 **ela será realizada em Brasília e os Conselheiros deverão indicar de qual evento irão participar;**
1814 **2) Aprovadas no mérito as moções de: apoio à Política de Desenvolvimento Produtivo, repúdio**
1815 **à indicação de José Carlos de Souza Abrahão para o cargo de Diretor da Agência Nacional de**
1816 **Saúde Suplementar (ANS) e de apoio ao Projeto do Ministério da Saúde que estabelece Diretriz**
1817 **Para Estruturação de Polos de Aplicação de Medicamentos no Âmbito do Sistema Único de**
1818 **Saúde; 3) Aprovada a indicação da Conselheira Aline Gewehr Trindade para composição da**
1819 **Mesa Diretora do CNS como representante do CONASEMS; 4) Aprovada a participação dos**
1820 **Conselheiros Titulares, e na sua falta o suplente, na Plenária de Conselhos; 5) Aprovada a**
1821 **indicação da Conselheira Verônica Lourenço da Silvam para participar do Planejamento da**
1822 **Rede Sapatá e VIII Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais – VIII SENALE a ser realizado**

1823 na cidade de Porto Alegre/RS nos dias 27 e 28 de maio (Planejamento) e 29 de maio a 01 de
1824 junho (Seminário); 6) Aprovada a indicação dos Conselheiros Verônica Lourenço da Silva,
1825 Eurídice Ferreira de Almeida, Gilson Silva e Ana Maria Lima Barbosa para participar do 12º
1826 Congresso da Confederação Nacional das Associações de Moradores a ser realizado na cidade
1827 de João Pessoa/PB nos dias 23 a 25 de maio; 7) A Presidente do CNS irá pleitear a inscrição de
1828 todos os conselheiros suplentes no XXX Congresso do CONASEMS; 8) Apreciar na próxima RO
1829 um documento a ser elaborado pelo Conselheiro Luiz Anibal Vieira Machado com auxílio do
1830 Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos solicitando ao Ministro da Saúde a inclusão dos
1831 trabalhadores do comércio, motorista e cobradores no grupo de risco para aplicação de
1832 vacinas. Nada mais a tratar, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora do CNS,
1833 encerrou os trabalhos da 257ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
1834 conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos
1835 Populares (CMP); **Aline Gewehr Trindade**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
1836 CONASEMS; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luis**
1837 **Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de
1838 Luta Contra a Aids; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo**
1839 **Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
1840 **Clovis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues**
1841 **Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) **Denise Torreão**
1842 **Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) **Edmundo Dzuaiwi Ômore**,
1843 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geordeci Menezes de Souza**, Central
1844 Única dos Trabalhadores – CUT; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem
1845 (ABEN); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge**
1846 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Maria do Espírito**
1847 **Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
1848 Reprodutivos **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
1849 – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS;
1850 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
1851 Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
1852 (CNI); **Patricia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares –
1853 ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
1854 Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;
1855 **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-
1856 Americana (CEPA Brasil); e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga brasileira de Lésbicas – LBL; **Wilson**
1857 **Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM. *Suplentes*
1858 – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR;
1859 **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
1860 (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Lima Barbosa**,
1861 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos (ONEDEF); **Eurídice Ferreira de Almeida**,
1862 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativa em Instituições de Ensino Superior
1863 Públicas do Brasil-FASUBRA; **Fernanda Benvenutty**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais
1864 (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Gilene**
1865 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical
1866 (Sindnapi); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1867 Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizete Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira**
1868 **Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José João Lanceiro de Palma de Palma**,
1869 Ministério da Saúde, **Júlio Cesar Figueiredo Caetano**, Aliança Independente dos Grupos de
1870 Apoio(AIGA) Aliança Independente dos Grupos de Apoio(AIGA); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova
1871 Central Sindical de Trabalhadores(NCST); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1872 Veterinária (CFMV); **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras
1873 Brasileiras – AMNB; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).