



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos quatro e cinco dias do mês de junho de dois mil e catorze, no Auditório da Procuradoria-Geral de Justiça, Sede do Ministério Público do Espírito Santo, Rua Procurador Antônio Benedicto Amancio Pereira, nº 350, bairro Santa Helena - Ed. Promotor Edson Machado, térreo - Vitória – ES, realizou-se a Ducentésima Quinquagésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 258ª RO teve por objetivos: **1)** Socializar e debater a Política Nacional para Grandes Eventos - Copa: Gastos, impactos e benefícios. **2)** Discussão da proposta de manifesto e agenda da Saúde nas eleições. **3)** Socializar, deliberar e encaminhar demandas da CONEP. **4)** Socializar, deliberar e encaminhar demandas da COFIN. **5)** Socializar, deliberar e encaminhar demandas da CIRH. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, cumprimentou a todos os presentes, verificou o quórum e iniciou a reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 258ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 253ª e 254ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, convidou para dizer algumas palavras o Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, **Milton César Valente da Costa**, que a agradeceu a oportunidade de participar de uma reunião do CNS e afirmou que isso aprofunda seu conhecimento acerca do controle social. Apresentou os conselheiros recentemente empossados do CES que teve 5% de sua representação renovada. Afirmou ter conversado com representantes do Ministério da Saúde sobre a capacitação dos conselheiros estaduais e que o CES/ES não possuía nenhuma comissão funcionando e agora já tem 50% delas em plena atividade. Afirmou ter sido eleito como coordenador de plenária. **Maria Lúcia dos Santos Mariano**, representante dos usuários pela entidade FAMOPES, Federação das Associações de Moradores e Movimentos Populares do Espírito Santo, alegou ser muito bom participar e aprender com os representantes do CNS e que o cartão SUS é o plano de saúde do cidadão, o melhor que existe. **João Carlos dos Santos**, também Conselheiros do CES/ES disse estar muito feliz em participar da reunião do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, agradeceu ao CES/ES pelo apoio para realização da reunião, e destacou ser muito bom fazer reuniões itinerantes, o que sempre foi um desejo do CNS, no entanto não é fácil essa realização sem a estrutura do CNS em sua sede em Brasília. Repassou a agenda intensa da semana em anterior. Houve no STF a audiência pública sobre diferença de classe e o CNS foi uma das entidades que falaram contra essa possibilidade. Logo em seguida houve a 18ª Plenária de Conselhos com 1400 participantes presentes. Nela ocorreram debates importantes e um ato político pela defesa do sistema universal de saúde com participação do Ministro da Saúde e da OPAS, dentre outras entidades que se fizeram presentes. Foram dois dias de mobilização. Aconteceu um abraço ao STF contra a diferença de classe. No final da semana já estavam no CONASEMS para o congresso. Informou que não haveria transmissão em tempo real pelo fato de estar sendo realizada em outro lugar fora de Brasília, e a estrutura de transmissão não estar disponível. Isso é uma perda por um lado, mas um ganho por outro, pois chega mais perto da população local. Leu os objetivos da reunião com suas alterações. Explicou que nenhum componente do comitê da copa pôde sair de Brasília esses dias por determinação da presidenta Dilma Rousseff, e por esse motivo tal debate foi adiado pela 4ª vez consecutiva. O controle social não teve a oportunidade de sequer conhecer e debater a política. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** questionou a ausência do item da CONEP na pauta. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** explicou que o item da CONEP poderia ficar para a RO de julho. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, pediu que fossem disponibilizados todos os documentos relativos à reunião para os representantes do CES presentes. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, colocou em votação a pauta e as atas que foram aprovadas. **Deliberação: aprovada a pauta da 258ª RO/CNS e as atas da 253ª e 254ª RO.** Passou-se ao próximo item da reunião. **ITEM 2 – MANIFESTO E AGENDA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA AS ELEIÇÕES DE 2014.** *Apresentação:* Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. *Coordenação:* Conselheiros **Nelcy Ferreira da Silva**, **Edmundo Dzuaiwi Ômore** e **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Mesa Diretora do CNS. Antes de iniciar a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** lembrou que o congresso do CONASEMS terminaria naquela data. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, juntamente com outros conselheiros, iniciou a leitura do documento

59 preparado pelo grupo eleito na reunião anterior. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** informou
60 pela rápida leitura que fez do documento percebeu que foi utilizada como base a agenda do CNS do
61 ano de 2012. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que haviam decidido na
62 reunião passada onde foi construído um grupo de trabalho e que ele trata somente da agenda política
63 e não politiza o debate. Informou que o grupo de trabalho concluiu o texto no dia anterior. O
64 Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** informou não saber que haveria o manifesto, apenas a
65 agenda. Afirmou que, do ponto de vista estratégico, ter dois documentos com o mesmo fim acarreta
66 em perda de força. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, informou que na última
67 reunião acordaram o grupo de trabalho (GT) para produzir o texto das eleições de 2014. O manifesto
68 serve para apresentar o debate e o posicionamento político do CNS, verificar a conjuntura e o outro
69 documento para apresentar caminhos. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**
70 opinou que o manifesto seja dirigido ao povo brasileiro e a agenda política aos candidatos. A
71 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que o documento seja para sociedade e
72 outro fique com a forma em aberto com todas as considerações sendo aceitas. Foi perguntada qual a
73 diferença entre manifesto e agenda. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** fez parte do grupo.
74 Disse que pensaram em 3 públicos-alvo: um se dirige aos conselhos estaduais e municipais para
75 oferecer-lhes argumentos ao debate eleitoral. O documento mais completo será a pauta do CNS para
76 entregar aos candidatos. E o terceiros para a população em geral. Foram orientados pela completude.
77 Os Conselheiros **Nelcy Ferreira da Silva**, **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, **Geordecí Menezes de**
78 **Souza**, **Ivone Evangelista Cabral**, **Eurídice Ferreira de Almeida** leram o texto. "O CONSELHO
79 NACIONAL DE SAÚDE (CNS) NAS ELEIÇÕES 2014. QUEM DEFENDE O SUS, DEFENDE TODOS E
80 TODAS NÓS! A saúde como direito de todos e dever do Estado está assegurada na Constituição
81 Federal de 1988 para ser o Sistema Único de Saúde de todos os brasileiros e estrangeiros residentes
82 no Brasil. O SUS tem como princípio garantir o acesso público, integral, universal e igualitário. O
83 imposto pago por TODOS NOS deve retornar sob a forma de cuidado com a nossa saúde, com
84 igualdade de direito e respeitando a diversidade e especificidade de cidadãos, cidadãs, grupos e
85 populações, levando em consideração as particularidades e especificidades de cada um e de
86 populações inteiras. Para garantir um SUS de qualidade para todos e todas precisamos ampliar as
87 transformações sociais rumo a uma cidadania ativa, que pressupõe um compromisso de cidadãos e
88 cidadãs com o seu direito e também com o seu dever de participar e de reivindicar o cumprimento e
89 respeito aos seus direitos e aos de sua comunidade. Para tanto, o Conselho Nacional de Saúde
90 recomenda aos conselhos de saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, que promovam
91 debates e pautem os temas da saúde com os Candidatos a Deputado, Senador, Governador e
92 Presidente da república, para que assumam o compromisso com a efetividade do SUS, no cotidiano da
93 gestão e tenham como lema uma administração pública na saúde participativa, transparente e
94 resolutiva. Nas Eleições de 2014, o CNS reforça a proposta de debate público, em "Diálogos com os
95 Cidadãos", como uma estratégia complementar aos instrumentos existentes, um modelo de "reuniões
96 locais" ou fóruns locais durante o qual os políticos/candidatos ouvem e debatem com cidadãos
97 diretamente sobre as políticas e decisões que estão sendo tomadas ou que eles se comprometem a
98 tomar. Tudo isto mediadas pelo Conselho. Nesses encontros é fundamental debater o papel da gestão
99 pública na oferta de serviços e ações de saúde acessível e contínua a TODA população que busca os
100 serviços do SUS. 1. É Preciso Avançar na Melhoria das Condições de Saúde do Povo. O Brasil tem
101 enfrentado e superado crises financeiras e econômicas. Neste momento temos assistido uma forte
102 crise internacional, com repercussões nos países desenvolvidos, como exemplo no continente
103 europeu, que acaba por impactar a vida das pessoas, também no Brasil. Como a saúde reflete a
104 situação de vida e seus determinantes, a população tem se manifestado publicamente, em pesquisas
105 ou outras formas de manifestação, preocupação e indignação com a qualidade dos serviços de saúde
106 que são ofertados. A comunidade e a representação do controle social em saúde têm lutado para
107 melhorar os serviços públicos. Os avanços conquistados nos últimos anos são frutos da soma de
108 esforços e dedicação da população e dos movimentos sociais organizados. Ainda temos muito a
109 percorrer para o alcance do atendimento e dos serviços SUS, na quantidade e qualidade que
110 precisamos, mas prosseguimos firmes na caminhada. Este é, por conseguinte, o momento de refletir
111 sobre as formas de como avançar e fortalecer ainda mais os direitos humanos e sociais, como
112 reivindicações democráticas do nosso país, o que exige um amplo debate político nacional. O Brasil
113 de hoje tem uma população com um novo perfil sociodemográfico e novas necessidades sociais em
114 saúde que dele derivam. Há uma tendência evidente de aumento da expectativa de vida dos
115 brasileiros. Esse processo requer mudanças substanciais no planejamento e organização de sistemas,
116 programas, serviços e ações de saúde, com ênfase em novos perfis de demandas. Doenças como, por
117 exemplo, a hipertensão e diabetes, afetam milhões de pessoas. Quando não tratadas, geram
118 sofrimento para elas e custos elevados para o SUS. É necessário atualizar os patamares de qualidade,
119 integralidade, equidade e territorialidade. Há que se evitar a perpetuação de mortes precoces e
120 internamentos evitáveis por doenças com tratamentos disponíveis e de baixo custo, que deveriam ser
121 ofertados logo após as consultas nas unidades básicas de saúde, na perspectiva da

interprofissionalidade e da multiprofissionalidade. Apesar dos avanços no número de consultas, as mortes maternas e infantis devidas à qualidade das consultas de pré-natal e problemas previsíveis no parto, nascimento e pós-parto precisam cessar. Hanseníase, tuberculose, sífilis, dengue e outras doenças negligenciadas – por que não eliminá-las como problema de saúde pública? Torna-se imprescindível a discussão e proposições sobre garantias, financiamento necessário e estável, gestão de qualidade e com responsabilidade social, fiscal e sanitária, sob a égide do interesse e direito públicos. É imprescindível fortalecer o controle social para enfrentar com coragem o processo de regionalização e rever, ajustar, aperfeiçoar os instrumentos e mecanismos para o exercício do controle e da fiscalização, a exemplo dos planos e programações de saúde, relatórios de gestão e prestações de contas da gestão governamental. Defendemos um modelo de atenção à saúde que valorize a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações, e não o modelo hegemônico centrado apenas na cura e tratamento de doenças, com problemas de qualidade na assistência hospitalar e farmacêutica. O acesso com acolhimento e melhor qualidade aos serviços e ações integrais de saúde implica primordialmente na expansão, incremento, fortalecimento e apoio logístico da Atenção Básica à Saúde em todo o país. 2. Garantir Acesso Público e de Qualidade no SUS. Reafirmamos que é indispensável à intervenção do estado para garantir saúde para todos. Os gastos com saúde têm aumentado, mas a destinação dos 3,6% do PIB que hoje são gastos com o SUS representam aproximadamente 60% da necessidade. É inadiável a aprovação dos 10% das Receitas Correntes Brutas da União para a saúde proposta de iniciativa popular “Saúde mais 10”. A ampliação do financiamento deve ser para o SUS e não privilegiar a compra de serviços do setor privado como acontece atualmente, sendo essencial garantir um aumento substancial do financiamento público para todas as ações do SUS que são necessárias. Há avanços na universalidade e na descentralização da saúde, especialmente, com a municipalização das ações e serviços. Mas precisamos superar a demora de o cidadão e a cidadã ter acesso à resolutividade de certo problema de saúde e doença, precisamos acabar ou reduzir as filas para procedimentos de assistência hospitalar, ambulatorial e de exames complementares, muitos deles em razão da imposição de obstáculos para utilizar os serviços, seja por dificuldade de acesso do usuário, seja por impedimentos instituídos no âmbito dos serviços. De acordo com os preceitos constitucionais do SUS, a prerrogativa e responsabilidade pública da gestão e gerência não podem ser transferidas ou terceirizadas para outras esferas de direito privado. As dificuldades e alternativas de melhor gerenciamento, regulação e prestação de serviços devem ser equacionadas e produzidas sob a responsabilidade pública. Para garantir acesso de qualidade é fundamental o vínculo com os serviços e suas equipes de profissionais, sendo um dos elementos estruturante das necessidades de saúde; portanto, é preciso proteger e valorizar o trabalho na saúde para assegurar a efetividade dos SUS, adotando-se plano de cargos e carreira que fixe o profissional de saúde no território do cuidado, condição favorável à formação e manutenção do vínculo do Usuário com o profissional de saúde no território do cuidado. Mesmo em se tratando de sistemas e serviços de saúde suplementares que não integram a rede de assistência a saúde no SUS, a prerrogativa de gestão e regulamentação é unicamente pública. O SUS deve exercer o controle, a regulamentação e a fiscalização de todos os serviços e ações de saúde, inclusive os de natureza privada, de modo a garantir a preponderância do interesse público e dos direitos dos cidadãos. Para tanto, o controle e a regulação pelo SUS, em todos os âmbitos institucionais, implica no desafio de se instituir modos e meios eficazes, em articulação com as diversas formas de participação da comunidade e instâncias de controle social – movimentos sociais e Conselhos de Saúde. Em verdade, a construção do SUS é incompleta e se ressentida de um projeto nacional estratégico. O atual modelo de gestão está exaurido. Há muita fragmentação entre as esferas de governo, acrescida de uma grande variação nos processos organizativos dos serviços - administração direta, contrato e convênios, Organizações Sociais, subsídios a planos de saúde etc. Muitos municípios não conseguem sequer contratar profissionais para atendimento na Atenção Básica. Tudo isto gera precarização nas relações de trabalho, desrespeito ao controle social e ataques aos direitos sociais, como o direito à saúde e direcionamento na lógica privatista. Os problemas existentes no campo da gestão do SUS não serão resolvidos apenas e tão somente mediante estes “novos” arranjos terceirizados de gestão que têm a personalidade jurídica de direito privado. Precisamos avançar no debate sobre o papel do Estado na gestão das políticas públicas com participação e controle social. Nesse sentido, faz-se necessário o amparo do interesse público e responsabilidade social, numa dimensão de Responsabilidade Sanitária definida, com o reforço de tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, de modo a garantir sua maior transparência e publicidade. 3. Definir Agenda de Compromissos com a Saúde da Comunidade. A participação da comunidade, movimentos sociais e instâncias de controle social das políticas públicas de saúde requerem maior apoio, dinamismo e efetividade. O aperfeiçoamento das instâncias, processos e práticas de participação comunitária no SUS implicam em uma melhor qualificação das formas e meios de representação e mediação de demandas, para tanto os conselhos devem articular e mobilizar a comunidade e suas representações para a construção de uma agenda de defesa dos interesses dos cidadãos no debate eleitoral. O povo tem o direito de participar de forma

efetiva da discussão de temas diversificados, enriquecendo o debate com um olhar diferenciado do técnico, numa troca de saberes sem vencidos e vencedores. A participação do povo só traz ganhos para a própria sociedade, tanto no crescimento coletivo como na construção de projetos assentados na realidade de vida em que está imerso. Portanto é fundamental conhecer e debater com os candidatos sua visão da saúde para o projeto de desenvolvimento humano e social do país. Como avançar na redução das desigualdades, reduzindo as diversas formas de violência existentes e no reconhecimento dos direitos, combatendo qualquer forma de discriminação e exclusão. Quais os compromissos dos candidatos para investimentos, mudanças organizacionais, suporte e apoio para a consolidação do SUS. Como acolher, com qualidade, no tempo adequado as pessoas que usam os sistemas, serviços, ações, tecnologias e insumos do SUS? Excetuados os serviços e as redes de Atenção Básica à Saúde e Saúde da Família, a maior parte dos pequenos e médios municípios brasileiros não dispõe de estruturas, recursos, pessoal e condições logísticas para garantir, em seu próprio território, o acesso integral e resolutivo para os problemas de Saúde demandados em todos os níveis de Atenção à Saúde. O que implica na tarefa e no desafio da organização de sistemas e redes regionais de Saúde, com a ordenação de fluxos e garantia de oferta e acesso aos serviços em todos os níveis de Atenção à Saúde. Os conselhos de saúde devem avaliar com os candidatos as situações e condições de acesso e acolhimento com qualidade nos diversos serviços de saúde que compõem as redes assistenciais regionalizadas, as condições de acesso aos insumos e outros recursos necessários e quais as prioridades para investimentos, para que possamos conseguir mais recursos para as ações básicas de Saúde, promoção e prevenção, articulação intersetorial de entidades e instituições para melhorar a Saúde. Os Conselhos de Saúde devem estimular a população a lutar pelo seu direito à saúde, para tanto é importante divulgar que a cada 4.000 habitantes têm direito a uma equipe de saúde da família, cada 20 mil habitantes têm direito a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cada 80 mil têm direito a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e cada 200 mil têm direito a um hospital. Vale ressaltar que todas estas estruturas devem ter a equipe de pessoal completa e trabalhando em condições dignas. A precarização das relações trabalhistas, decorrente da privatização da saúde pública, da falta de um Plano de Cargos e Salário e de definição de uma Carreira pública dentro do SUS tem acarretado uma alta rotatividade do pessoal, ausência de vínculo do usuário com a equipe de saúde e o serviço e unidades de saúde prestando serviços com equipes incompletas. Devemos lutar para que todas as equipes estejam completas, particularmente aquelas que estejam em locais de vazios assistenciais e que hoje se beneficiam com o programa mais médico. Devemos, ainda, acompanhar e cobrar a qualidade do atendimento que é feito nestas unidades, principalmente por meio de indicadores que revelem o grau de efetividade, de solução para os problemas de saúde da população, que está sendo alcançado em cada unidade, além de estabelecer metas para melhorar estes padrões. Não devemos esquecer as particularidades regionais, necessidades populacionais ou condições específicas de cada território, que requerem modos próprios de recursos e organização para a garantia do acesso e acolhimento com melhor qualidade. É imprescindível que tais peculiaridades sejam evidenciadas, em termos de necessidades e propostas, de modo a subsidiar o esforço constitutivo de um sistema único com abertura e flexibilidade para as realidades locais e regionais, preservando-se as diretrizes constitucionais e os princípios fundamentais do SUS. Defendemos a gestão do SUS sem “diferença de classe” e sem “dupla-porta”: sistema único e comando único. Contra a terceirização da gestão e com controle social amplo e qualificado. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Propomos aos candidatos a seguinte pauta da saúde para 2014. 1. Compromisso com um SUS de qualidade, 100% público, universal, equânime, humanizado e integral: Contribuir de modo efetivo para que o SUS se transforme em prioridade do Estado brasileiro; Garantir acesso de qualidade no SUS, com ampliação e estruturação da rede pública de saúde; Garantir 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde. Garantir a saúde como dever do Estado, combatendo os processos de terceirização dos serviços assistenciais e a mercantilização da saúde humana. Defender a equidade e a justiça social, assegurando universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática. Combater a corrupção e garantir transparência na aplicação dos recursos públicos, com aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária e estruturação de uma rede de ouvidorias e auditorias. Fortalecer os princípios de uma interculturalidade e multiculturalidade nas práticas de atenção e cuidado. Propor estratégias que dialoguem com a Integralidade do cuidado na atenção à saúde de populações com histórico de exclusão social, combatendo o racismo institucional, a homofobia e todas formas de violência e discriminação de gênero/geração ou condição. Protagonizar, no âmbito internacional, o intercâmbio de experiências e o debate em torno da defesa dos sistemas universais. 2. Compromisso com o protagonismo dos trabalhadores da saúde nas mudanças que precisam ser implementadas no SUS: Estruturar uma política Nacional de recursos Humanos do SUS, com valorização da Atenção Básica e reforço na despreciação dos contratos dos trabalhadores do SUS; Comprometer-se com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual dos seus trabalhadores, na perspectiva da educação permanente das equipes profissionais; Instituir, atualizar e manter planos de cargos, salários e carreira para os

trabalhadores do SUS, Promover ambientes de trabalho saudáveis e promotores do bem-estar dos trabalhadores e usuários do SUS. Criar estratégias e mecanismos de proteção e vigilância à saúde do trabalhador do SUS. Garantir recursos específicos, voltados ao ensino, serviço e pesquisa das práticas assistenciais, técnicas e políticas para o SUS. Reconhecer que a diversidade de modelos de gestão (Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Parcerias Público-Privadas, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH) tem favorecido a privatização e oferta de serviços fragmentados. A Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde determinam que a gestão do SUS seja pública, estatal e com controle social efetivo; portanto, quaisquer iniciativas de fragmentação representa uma franca agressão aos princípios constitucionais. 3. No que se referem à construção/constituição do Estado Democrático os candidatos precisam comprometer-se com: As demandas populares das ruas; O desenvolvimento nacional preservando-se as políticas sociais conquistadas; O desenvolvimento/crescimento econômico autônomo e soberano, centrado na geração de emprego, na distribuição de renda e na garantia dos direitos de cidadania; O aprofundamento dos mecanismos de participação, controle e transparência na gestão pública e o fortalecimento dos instrumentos de democracia direta, como a iniciativa popular legislativa, os orçamentos participativos, os conselhos gestores e os fóruns deliberativos. A legitimidade do Controle Social em Saúde; O fortalecimento dos conselhos de saúde, com respeito às suas competências legais e apoio à sua organização e funcionamento; Com investimento na educação permanente dos conselheiros para atuação junto ao controle social; Cumprimento das deliberações das instâncias colegiadas do controle social e das Conferências de Saúde.” em seguida foi lido o manifesto “MANIFESTO DO CONTROLE SOCIAL PARA AS ELEIÇÕES NACIONAIS DE 2014. UNIR O POVO EM DEFESA DO DIREITO À SAÚDE DEFENDER O SUS PÚBLICO, DE QUALIDADE E PARA TODOS FORTALECER OS CONSELHOS DE SAÚDE. Há 26 anos, o povo brasileiro, de forma unitária e suprapartidária, com representação dos movimentos sociais e os movimentos sindicais urbanos e rurais, assim como a representação de pesquisadores e acadêmicos, deu um passo fundamental para garantir a saúde como um direito universal articulado com as condições de vida e a dignidade humana. Assim se inscreveu pela primeira vez na história do país, num texto constitucional democrático, o reconhecimento da saúde como direito de todo cidadão e o dever do Estado. O artigo 196 da Constituição Cidadã, representa uma conquista social e democrática fundamental para avançarmos na luta pela saúde do povo brasileiro. O SUS se constituiu como uma política pública redistributiva que rompeu com a iniquidade da existência dos “sem direitos à assistência à saúde”, fazendo desaparecer a figura do indigente sanitário. Entretanto, logo nos seus primeiros anos, enfrentou a hegemonia da política neoliberal que provocou, entre outras mazelas, o desmonte de Estado brasileiro, com o consequente enfraquecimento das instituições públicas. A saúde como direito de todos e dever do Estado sofreu com essa situação. Apesar disso, o SUS tem resultados a comemorar. Mas, também, muitos desafios a serem vencidos. Pesquisas realizadas no final de 2013 indicaram que 78% dos brasileiros ouvidos colocaram a saúde como o principal problema que o país precisa enfrentar. Com forte apelo popular, as mobilizações de rua ratificam que o caminho para superar os problemas sociais, a exemplo da saúde, não é reduzir o papel do Estado nem aumentar os privilégios, mas garantir a redistribuição das riquezas produzidas pela sociedade mediante um Estado Democrático, provedor de serviços públicos de qualidade e para todos. É preciso superar no SUS, a predominância de um componente fortemente assistencial hospitalar, desumanizado, com forte processo de terceirização de serviços e de pouca qualidade, herdado da ditadura militar e reforçado, nos anos 1980 e 1990, pelo mercado de seguros e planos de saúde, que conduziu à privatização nesta área, consumindo cerca de 70% do recurso da assistência pública, com o comprometimento dos orçamentos familiares, particularmente entre os mais idosos. Para superar os desafios atuais e fazer avançar o SUS é preciso enfrentar de forma coordenada problemas de gestão, recursos humanos e infraestrutura para a prestação dos serviços e, também e talvez principalmente, tomar medidas para ampliar os investimentos do Estado com a Saúde. Para Ampliar e Garantir o acesso de qualidade para todos no SUS, o controle social em saúde propõe ao debate eleitoral as seguintes questões: Dentre as muitas questões que ainda precisam ser equacionadas no SUS está o fato de que permanece insuficiente a cobertura da população pela atenção básica: sua baixa resolutividade leva à ampliação da demanda por outros serviços, principalmente os especializados, provocando demora na realização de cirurgias eletivas e a lotação dos serviços de urgência. Além disso, a organização incipiente das Redes de Atenção à Saúde faz com que o portador de doenças crônicas tenha atendimento pontual somente durante as crises da sua patologia. Os 150 milhões, que dependem exclusivamente da saúde pública e do SUS, como a única porta de atendimento médico-hospitalar são principalmente, os usuários do campo, da periferia das grandes cidades e de famílias com até dois salários mínimos, que vivem em regiões do país com maior desigualdade. Para o controle social, o SUS é de relevância pública, não pode dar tratamento diferenciado a alguns, baseado no pagamento da diferença de custas pelo paciente. A sociedade paga pelo SUS mediante contribuições sociais diretas e indiretas, portanto não é admissível pagar-se-ia duas vezes, uma ao Estado que arrecada as receitas e presta serviços públicos de saúde e outra ao médico e ao hospital. Ademais não podemos admitir dois tipos de SUS e duas

311 filas. O direito à saúde garantida na Constituição é um direito aos serviços e cuidados que o Estado
312 fornece e não um crédito, um abatimento das custas médico-hospitalares para quem pode pagar pela
313 diferença da acomodação e do tratamento. Para o Controle Social e sua representação nos conselhos
314 de saúde, nas três esferas da federação, a saúde é um direito fundamental, com implicações diretas na
315 qualidade de vida das pessoas e das comunidades, sendo, portanto, uma categoria chave para a
316 construção “Estado Democrático de Direito” no Brasil. O SUS é “política de relevância pública”,
317 segundo a constituição federal (art. 197) e financiada por toda sociedade. Na concepção da
318 Seguridade Social, a saúde está sedimentada como princípio da solidariedade. Seu financiamento é
319 feito por toda a sociedade e a oferta de atenção à saúde e a assistência social é assegurada a todos,
320 de forma gratuita e conforme a necessidade e o direito à previdência social. A saúde é um direito
321 universal, isto é, de todos os brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E por ser um direito
322 fundamental, tem aplicação imediata, § 1º do art. 5º. A Lei Federal nº 8.080/90, estabelece que, além
323 das diretrizes constitucionais, o acesso às ações e serviços de saúde, públicos e privados, deve
324 obedecer aos princípios da universalidade e da integralidade de assistência, preservando a autonomia
325 das pessoas e assegurando a igualdade. O SUS garante ainda na sua gestão, o controle social e a
326 participação da comunidade, com a descentralização política administrativa e coordenação única em
327 cada esfera de governo. Portanto, o planejamento e a execução de ações e serviços, dentre eles os de
328 internação hospitalar deverão estar de acordo com as diretrizes estabelecidas nos planos de saúde e
329 sob o controle e a fiscalização dos conselhos de saúde, conforme previsto na lei complementar nº 141,
330 de 2012. Saúde é um direito individual e coletivo, cabendo ao Estado, por meio de políticas sociais e
331 econômicas que visem à redução de riscos, a superação das desigualdades de renda e acesso,
332 desigualdades regionais e de todas as formas de discriminação que envolva
333 raça/gênero/etnia/orientação sexual/geração ou condições que relativas às deficiências ou patologias.
334 O governo deve em qualquer nível de gestão prestar atenção igualitária para a pessoa e a coletividade.
335 O que determina o tipo de atendimento é a necessidade, independente do extrato socioeconômico-
336 cultural a que pertença o indivíduo. O movimento social brasileiro iniciou uma ampla articulação para
337 lutar por estes recursos em torno do Movimento Saúde + 10 e coletou mais de dois milhões de
338 assinaturas para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular que assegure o repasse de 10% das receitas
339 correntes brutas da União para a Saúde. Este projeto foi entregue ao Congresso Nacional e tramita, na
340 Câmara dos Deputados, como PLP 321/2013. A aprovação deste projeto se coloca, atualmente, como
341 uma batalha central para o movimento social e também para gestores municipais de saúde. Afinal, os
342 problemas relacionados ao acesso e atendimento nos serviços de saúde está sempre entre os 3 mais
343 citados pela população. E o serviço de saúde se dá no território da cidade, no posto de saúde, no
344 hospital. Neste ano, em que o Brasil se vê, mais uma vez, diante de eleições para a presidência da
345 República, a pauta dos recursos humanos e financeiros para a Saúde deve figurar entre as prioritárias
346 para que se assegure compromissos de candidatos à Câmara dos Deputados, ao Senado Federal e à
347 Presidência. Para o Brasil avançar e aprofundar uma política focada no desenvolvimento nacional, com
348 soberania e promoção de direitos, é preciso romper com a lógica neoliberal que preside a orientação
349 econômica e ousar para ampliar recursos que trarão mais dignidade para o povo.” **Manifestações:** O
350 Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** demonstrou sua satisfação em discutir esse
351 tema e disse que o acúmulo do conselho é significativo e o texto reforça esta posição fundamental e
352 parabenizou o CNS. Afirmou que quando a Presidência da República lança decreto sobre participação
353 demonstra que o controle social tem qualificação para contribuir com políticas públicas. O texto se
354 presta ao debate com os conselheiros, mas não com os partidos nem a sociedade de modo geral.
355 Porque há uma série de termos que os candidatos e a sociedade não entendem. Poderia mudar a
356 forma, a ordem e o vai e vem de temática. Fazer por tópicos. As entidades têm se reunido há algum
357 tempo para esse esforço. Conseguiram chegar a 8 pontos coincidentes de modo geral com os que
358 estão contemplados no documento. A modalidade de gestão (EBSERH, por exemplo) é pública. Mas
359 estatal é diferente de público. Uma coisa não garante a outra. Há interesses privados que o integram e
360 por isso é necessária a reforma do estado. Pediu o debate. O Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou
361 que o documento contempla algumas preocupações do seu movimento mas no início quando fala na
362 Constituição Federal brasileira ela se aplica a brasileiros, estrangeiros e residentes no Brasil. Afirmou
363 que faltou dura crítica ao mercado, ao capitalismo porque muitos dos problemas têm essa origem e
364 não só neoliberalismo. Apontou rede de serviços, mas precisa de tópicos sobre o fortalecimento do
365 papel dos municípios que começam a perder seu papel no interfederalismo. Afirmou serem
366 municipalistas contra a intervenção do estado. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** afirmou que o
367 Conselheiro Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza fez leitura correta da finalidade do documento
368 imaginada pelo grupo, o modo de organização e ideia central do conteúdo. Pensou em 4 grandes
369 grupos de conteúdo 1- política de cuidado e saúde no SUS com informações organizadas em bloco. 2-
370 política de participação social no SUS e política de Estado pois quem entra na gestão tem que cumprir
371 o que está definido. 3 - política de gestão do trabalho. 4 – política gestão da educação. Com esse
372 pensamento é possível dirigir o documento a todos: conselheiros, sociedade gestores, parlamento. Um
373 bloco de informação tem certa repetição e esvaziamento da crítica do desenvolvimento econômico

regional e efeito das crises regionais sobre o modelo de desenvolvimento social porque, a despeito da crítica econômica, há opção dos países em proteger direitos e podem manter a saúde intocável de qualquer crítica. Pediu a comunidade científica ajuda em localizar a política de Estado, porque quanto mais enxuto o texto maior a chance de ser lido por todos. Pode deixar outro texto mais completo como subsídio. Já foram feitas correções, mas haverá uma nova para a versão final. A Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** demonstrou preocupação com o objetivo. O manifesto para a sociedade e reafirmação do SUS como linha política aprofunda mais e apresenta a ideia para o conjunto de atores de forma mais elaborada. O texto tem repetições e precisa focar politicamente e contextualizar melhor. Quem defende o SUS defende a todos e é preciso reafirmar essa defesa. Ele precisa ter uma dimensão mais política e ser mais objetivo explicando o que precisa avançar e como propõe a fazê-lo. A saúde não está restrita a conselhos e pode avançar, tratar da gestão participativa, apontar a possibilidade do marco da participação social. O texto ficou um pouco confuso com linguagem muito própria do CNS e pode perder a importância da promoção para além da assistência. Deve chegar à sociedade e reconhecer papel dos conselhos. Opinou por retirar o item 3, que ficaria nas propostas (agenda de compromissos), deixar apenas os nº 1 e 2. Alguns itens precisam de linguagem mais adequada para alcançar o objetivo. O Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** relatou que é preciso definir melhor a intensão do documento e isso definirá a linguagem. Ele tem expressões que o farão não ser lido pela população. Um dos grandes ataques ao sistema de saúde hoje em dia é a igualdade de direito que não está colocada no texto. Igualdade é diferente equidade de acesso (como por exemplo, foi colocado na audiência pública realizada no STF) e ela deve ser colocada. A parte que trata da privatização também está confusa. Isso gera diferença de acesso e tem que ficar claro. A gestão se dá pela EBSERH e foi explanado no exemplo citado na apresentação dos auditores no STF que a dupla porta de entrada é gritante. Isso fará com que todos entendam porque se defende o público e não o privado. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** concorda com o Conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte em que o modelo que está sendo implantado que é deliberadamente contra a Constituição Federal e promove assédio moral contra os trabalhadores da saúde. Afirmou conhecer o meio e o usuário o qual também está sofrendo. Nos HUs tinham resposta efetivas, e hoje não mais. Quem tem plano de saúde também usa a estrutura pública. Devem ter a responsabilidade de fazer a discussão real dos acontecimentos no país. A EBSERH possui outros regimes de entrada e contrata por CLT e não Regime Único. As OS e OSCIP não podem continuar sob risco de o SUS morrer. Afirmou saber das estatísticas sobre a maior utilização da alta e média complexidade ser pelos ricos possuidores de plano de saúde e informação. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** entende que devem ser dois documentos. O texto apresentado deve ser a base do primeiro deles, destinado aos candidatos e partidos políticos, e segundo, um manifesto à população. Afirmou estar satisfeito com resultado do trabalho. Tem debatido o discurso derrotista e esse documento é expressão do trabalho realizado pelo CNS com todas as dificuldades e defeitos. Algumas coisas precisam ser alteradas: deve-se trabalhar com dados em todas as afirmações (por exemplo, no último parágrafo da 2ª folha). Essa discussão sobre modelo de gestão tem que ser feita porque não há consenso sequer sobre qual é o atual modelo de gestão, assim como é preciso debater sobre as demandas populares. Afirmou que as manifestações ocorridas no ano de 2013 foram diferentes e atualmente a leitura é outra. A disputa não é o modelo de gestão de saúde. O manifesto deve ter fundamento para ganhar a opinião pública. Deve ter a forma de um panfleto para mostrar os desafios do SUS em razão da disputa desigual com a mídia que apresenta conjunto de distorções. Eles sabem o que querem, o que defendem e porque mentem. A questão da redação pode ser decidida depois. O Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro**, representante do Movimento Nacional de Luta Contra AIDS, afirmou que o documento deve ser direcionado aos conselhos para subsidiarem a discussão do programa mínimo a ser debatido com os candidatos com temas e linguagem para essa finalidade. Concordeu com o Conselheiro Haroldo Jorge de Carvalho Pontes. Precisa ser destrinchado para o objetivo pretendido. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, "Santinha"**, disse ser importante colocar pela primeira vez o documento a ser discutido para ter argumentos na área de saúde no momento das eleições. Achou confuso, como os outros conselheiros. A primeira questão é saber o destinatário do documento. Entendeu ser a população como um todo, os próprios conselhos. A população deve entender os conceitos e é necessário separar os parágrafos sobre mortalidade infantil e materna além de inserir dados. Na 3ª folha a informação está perdida. É o primeiro momento em que aparece o tema da saúde pública e ele está solto e não foi aprofundado. No último parágrafo é tratada uma questão real, mas não ficou clara. Os temas de atenção básica, média e alta complexidade devem estar separados. A questão não é só reduzir fila, mas que a política de governo resolva o problema da saúde. Esse dado deve estar no documento, mas deve ser explicitado e aprofundando explicando como reduzir a desigualdade. O último item na 7ª folha sobre estratégia de exclusão social deve ser Complementado e apresentar o histórico de exclusão social. Os CES e CMS aguardam o documento e ele não deve ser engavetado, mas lido e distribuído. Considerou que o manifesto seja um resumo marcando uma posição do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, aproveitou a ocasião de estar fora de Brasília fazer referência aos visitantes, Florinette Redolphi Secretária

Municipal de Alegre/ES. Coordenadores de plenária Luceni Gomes de Novaes ES, Lotário Schlindwein coordenador de plenárias e Conselheiro de movimentos sociais do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul, Luiz Antônio Pereira, Luizinho, coordenador de plenária de Minas Gerais, Jacildo de Siqueira Pinho, coordenador de plenária do Mato Grosso. Também aos conselheiros nacionais estreados: Maria Zenó Soares da Silva, representante da Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes – FENAFAL; Karlo Jozefo Quadros de Almeida, representante da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; José João Lanceiro de Palma de Palma, representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), e demais conselheiros suplentes e representantes do Ministério da Saúde presentes. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** alertou faltar no documento referência à LRF e Lei de Reforma Sanitária, sem necessidade de falar de lei que contrapõe a outra. Lembrou que existem subsídios e incentivos às grandes empresas que deveriam ser destinados à saúde e educação. Em relação ao modelo atual de saúde concordou com o Conselheiro Haroldo Jorge de Carvalho Pontes. O texto deve informar o que propõe de novo e apontar saídas diferentes das que já estão colocadas, a exemplo das terapias alternativas de baixo custo (citou a produção própria de fototerápicos redutora do custo). Afirmou ser o controle social representativo da comunidade. Disse ser necessário ter cuidado com os dados numéricos, pois o PSF rural é diferente dos outros. Ressaltou ainda a formação de conselheiros, um tema preocupante e que precisa ser feita do ponto de vista político. Não se pode discutir saúde sem os outros âmbitos como economia, pacto federativo (não cumprido pelos estados), mais recursos para saúde e política. Questionou a capacidade de direcionar o candidato que trabalha com mídia, marqueteiro e direcionado para o mercado. Recusou-se a ler uma proposta de decreto que incentive participação popular em razão da forma com a qual os conselheiros são tratados pelo governo não lhes provendo condições para participar. O decreto deve ser colocado nos espaços de discussão, mas não o fazem porque o governo deseja a participação popular da forma que melhor atende a seus interesses e não da população sem facilitar a formação dos conselheiros. Mas na verdade é o povo quem tem que escolher onde quer gastar o dinheiro público, se com dívida ou com educação e saúde. Os 10% do orçamento destinados à educação só foram aprovados porque privatizaram tudo no setor e o documento precisa dizer isso. Esse conselho tem compromisso com povo. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** questionou se o texto definitivo sairia ainda naquela reunião. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que esse Pleno teria que decidir, pois ainda havia tempo. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** afirmou ter sugestões de texto em nome do segmento dos trabalhadores, mas as enviaria por e-mail. Afirmou que o primeiro parágrafo da terceira página e as e três últimas folhas do documento têm mais aspecto de manifesto do que os dois textos. Ressaltou que não se deve colocar “propomos para os candidatos as pautas”, pois o Conselho não tem caráter consultivo. Deve-se dizer para o candidato e para a população que essas garantias são essenciais. O correto deveria ser “o candidato tem que assegurar”. É preciso dividir as atribuições do executivo, legislativo e das esferas federal, municipal e estadual. Caso seja decidido fazer o manifesto é importante iniciar com os itens adequados a essa proposta e depois um texto de reflexão e contextualização. Concordou com os demais em suas colocações. A Conselheira **Ana Maria Costa** celebrou o debate da política pelo CNS fazendo uma análise do que impede o avanço para saúde. Afirmou ter contribuído pouco para elaboração do documento que é uma grande mobilização da sociedade em favor do direito à saúde, não só porque foi pauta dos movimentos de 2013, mas em razão das deficiências da saúde serem apontadas nas pesquisas de opinião há mais de 10 anos como preocupação da população. O documento tem que ser voltado para diálogo com a sociedade, descer do “sanitarez” e ver o que a população está precisando. Avançar sem medo de apontar o intolerável e as necessidades dos cidadãos apontadas nas pesquisas de opinião. Criticar que o sistema não é mais “único” para garantir direito à saúde, precisa consolidar sistema “integral” e apontar onde ele não se realiza. Criticar que o Estado não cria uma política de participação. Possui uma política de conselhos, mas não de democracia participativa. Também deve tocar em questões emblemáticas que impossibilitam gestão pública e a saúde, como a política de recursos humanos. Denunciar a LRF, impedimento básico para que o sistema de saúde se consolide. Não pode defender atenção básica, pois ela tem que ser integral. O discurso é que deve ser revisto e não o modelo. Ele deve politizar e dar consciência crítica. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, lembrou que na reunião passada houve um debate sobre a saúde nas eleições com José Carvalho de Noronha e Leandro Fortes (ex-coordenador da Carta Capital em Brasília e de redes sociais). Ele foi válido, mas não houve tempo para discutir estratégias de atuação. Concordou com os Conselheiros Haroldo Jorge de Carvalho Pontes, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza e Clovis Adalberto Bouffleur. Asseverou que o CNS precisa aparecer na cena política com um papel propositivo. Isso pode ser difícil para a gestão por ser governo e candidato. Atestou que a centralidade deve ser o candidato e os partidos políticos para a sociedade divulgar a agenda política em virtude de serem poderes políticos representativos os quais pautam temas sem um debate amplo com sociedade e para que não se sintam legitimados sem ter que conversar com a população. As decisões atuais são feitas pelos partidos ou quem tem acúmulo de discussões sobre os temas. O CNS deve ser protagonista no papel do Estado. A argumentação deve

ser coletiva para politizar os temas, e os estados complementarem com suas realidades locais. É preciso pautar a agenda da sociedade, pois o lugar da saúde na sociedade não existe. Os partidos políticos têm se pautado pela agenda de governo que dura quatro anos e se prende ao que é possível realizar nesse período. Só será possível a reforma sanitária se forem realizadas todas as outras (política, tributária, etc.). Foi convidada para representar os conselhos no ato de lançamento da política nacional de participação social onde percebeu ser preciso reler a política e repensar os elementos em que a democracia partidária não está representada comprometendo as instâncias de colegiado e a garantia da participação direta da sociedade. A Reação de Ronaldo Caiado demonstra a sobreposição da representação sobre a democracia participativa afirmando que ela permite a instalação do comunismo no Brasil, sendo um golpe de Estado. Não há cultura política de participação direta e em muitos lugares prevalece clientelismo. Não negou outras formas de participação que devem ser reconhecidas (mobilização nas ruas, redes sociais), mas questionou a forma do conselho que tem a ilusão de que se basta. O debate da democracia participativa é mais relevante que da representativa. Falta a crítica ao modelo de desenvolvimento. O documento não esgotará a discussão do modelo de gestão, mas deve se posicionar. Ele está longo e repetitivo e precisa ser mais objetivo. Também devem ser pensadas outras formas de comunicação como a realização de audiências públicas. Deve ser lançado dentro do legislativo e investir para os candidatos e Dilma receberem o movimento da saúde, porque a discussão não avança e fica refém, como no movimento saúde + 10. Nem todos os argumentos precisam ir à população, mas o conselheiro deve falar em todos os espaços e a plenária deve ser aberta à participação. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** disse não estar contra o documento, mas achou a frase pouco emblemática. “Propor” parece dar a liberdade de fazer se quiser, no entanto ele deve deixar o candidato obrigado a cumprir a agenda proposta. **Lotário Schlindwein**, coordenador de plenárias e Conselheiro de movimentos sociais do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul, parabenizou mesa e o CNS pela iniciativa. Afiçou que o controle social só se fortalece se houver uma discussão política. Estão tentando reconstruir o controle social e alguns partidos se manifestaram publicamente contra. Anunciou que o SUS foi construído pelos movimentos sociais em momento que despertou o interesse em ser um cidadão participativo. É preciso qualificar o controle social. A agenda alega que o controle social briga entre si, mas o inimigo é outro e deve ser identificado o projeto político e provocar essa discussão, qualificar os conselheiros. Não pode esperar o CES e CNS para isso. Seu conselho fez uma parceria com a universidade para a qualificação de 40 a 60 conselheiros por ano. O conselho de saúde se destaca entre os diversos conselhos de várias áreas, assim como a região e o estado. Declarou que participa do movimento SUS desde 1983, em sua criação e somente pela participação é que se defende cidadão e se constrói a cidadania diminuindo as diferenças sociais. Já se avançou muito, mas na Paraíba guardas agridem pessoas na fila para ser atendidos no hospital. Isso significa que controle social não está funcionando. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** proclamou que a força está na capacidade de se comunicar com o povo e saberem o que eles sentem a respeito do sistema de saúde ganhando força para serem ouvidos pelos políticos. Não se pode achar que será possível convencer políticos com um documento técnico. Deveria ter apenas um documento atingindo o objetivo central, em argumentos técnicos. É preciso primeiro sintonizar os sentimentos do povo e depois usar a razão e para isso deve subir o tom da argumentação porque a situação está grave. Ele está muito tranquilo. É um absurdo esperar 2 anos para conseguir uma consulta. Joinville não é um município pobre e lá a espera é de 4 anos. A situação não está boa para ter um argumento tranquilo, caso contrário não será possível se comunicar com a população. Deve deixar clara a posição do governo em relação à saúde. Cortar verbas do MS em 9% é uma situação que estoura na ponta. Trata-se de vida e morte, e isso não é uma coisa tranquila. Para 2014 tem mais 4% de corte. A EC 359 de iniciativa da presidência da república diminuiu um pouco esse corte, mas pede o fim do projeto de lei de iniciativa popular sobre os 10% do Orçamento aplicados à saúde e inclui os royalties no mínimo constitucional, como fizeram com a CPMF. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** admitiu ter sido contemplada em várias falas e propôs que o documento seja uma orientação para os conselhos de saúde, para os candidatos e a população. Deve ser objetivo e para compreensão de todos. É importante aprofundar questões de gênero e raça e dizer por que elas são importantes. Um documento genérico não contribui para essa finalidade. Deve ser organizado em blocos temáticos e apontar preconceitos (homofobia, gênero e raça). Na nomenclatura deve ser utilizado o masculino e feminino. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** apoiou o Conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio afirmando que para se comunicar com a população deve falar de sentimento. Admitiu que a informação é manipulada, mas sabe que a situação é grave. O Secretário de saúde escolhe o que pagar porque não tem dinheiro para tudo. Não se deve falar dos avanços e conquistas, e sim das dificuldades e das alternativas de aprofundar o que está contemplado na lei. Deve-se incluir a regionalização e a melhoria da coordenação federativa (utilizando outro termo mais compreensível). O programa Mais Médicos provou que o município não tem capacidade sequer para contratar médico sozinho. E isso ocorre em todas as áreas. A regionalização é estratégica. É preciso articular com o financiamento a relação público-privado. O Brasil gasta cerca de 9% do PIB em saúde, o que não é pouco, no entanto deste total são

poucos os recursos públicos, a maioria é privado, e isso precisa mudar para resolver o problema da saúde no Brasil. O ator político mais poderoso a ser confrontado é a indústria de saúde, quem estabelece o custo e o preço dos serviços. A última gestão de política de saúde bem sucedida (a atual) deve continuar para avançar na política industrial que está sob ataque. A parceria de desenvolvimento produtivo é estruturante para garantir universalidade e o protagonismo é dos usuários. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** registrou o falecimento do diretor do Fundo Nacional de Saúde, Erasmo Ferreira da Silva, que doou grande parte de sua vida a esse difícil trabalho. Uma perda irreparável por possuir profundo conhecimento em orçamento e gestão financeira. Acerca da discussão em andamento alegou que dois documentos geraria confusão. Seria melhor apenas um mais sintético e objetivo voltado a dois públicos importantes: candidatos e sociedade. Candidatos não têm tempo para ler um texto longo e, portanto, não pode ter mais de quatro páginas. Para comunicar com sociedade citou entrevista de Lula na Carta Capital ressaltando a dificuldade governo em se comunicar com população. Um problema de muitas entidades. Por isso ele deve ser menos técnico. Os órgãos de comunicação têm facilidade de traduzir para uma linguagem mais apropriada, não só com palavras, mas também com imagens. Deve ser voltado não só para os candidatos, mas também para disseminar dentro das entidades. O Conselho não é formado por pessoas, mas por entidades para defender o que lhes é importante. Parabenizou a política de participação social. Afirmou que o decreto sobre participação social tem que ser lido e debatido, e esse é o espaço para isso. Para o governo é importante o debate de gestão participativa e ele não quer cerceá-la. A reação de Caiado mostra que a situação não é boa para a defesa de seus interesses e tenta derrubar a participação se unindo a outros com interesses afins. Está claro quem defende o governo democrático e quem não o defende. É preciso trazer a regionalização de forma mais clara. A violência no Brasil não ocorre só no trânsito, mas também em função do preconceito. Isso é um problema do Estado e não só da vítima. Levou um presente em comemoração aos 10 anos da SGEF e distribuiu a todos. Explicou que houve o Lançamento do livro Democracia e Gestão Local e distribuiu aos conselheiros. Afirmou que também tentará conseguir o da Ligia Giovanella e do Gilson Carvalho sobre participação social e o livro sobre os 25 anos do SUS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, recomendou que o texto precisa estar próximo à população. A 15ª Conferência Nacional de Saúde deve ser pauta permanente. A dúvida paira no fato de a interlocução nesse momento de disputa eleitoral ser com os candidatos ou com a sociedade. A sociedade tem demanda por um SUS de qualidade e é importante focar no legislativo que atua em muitas questões às quais que o governo não dá resposta. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** concordou com a fala anterior. Elogiou a proposta da Conselheira Simone Vieira da Cruz, e incluiu a transfobia. Além do desafio do texto e da mobilização para a 15ª Conferência Nacional de Saúde a pauta é anterior e vem sendo construída concretizada enquanto SUS há 25 anos. É preciso dialogar com que está no pleito, mas também direcionar o debate para o conselho local com os candidatos e a população, trazer as redes (feministas, de saúde, de mulheres, Sapatá, MMU, Marcha Mundial de Mulheres, etc.) e quem não faz parte delas, mas está na luta. Comentou ter visto uma pichação que dizia “vandalismo é o SUS” e ela é corroborada pelo fato ocorrido em Campina Grande onde seguranças utilizaram força bruta contra um cadeirante em “legítima defesa”, e isso é uma afronta ao usuário, ainda que não se tratasse de um hospital público. Outra pichação dizia “vandalismo contra os condomínio de luxo”. O desafio é levar para as entidades e movimentos. Precisa intersectorializar. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** fez o **encaminhamento** de elaborar um **texto único reduzido para alcançar população** posto que os candidatos são povo e é o povo quem vota. O Conselho também é povo. De ser na linguagem do povo permitindo o entendimento por pessoa de qualquer escolaridade. O desafio é alcançar a todos. As pessoas não conhecem o SUS (que é diferente de atenção básica). Lembrou que quem tem plano de saúde e liga no 192 é atendido no sistema público de saúde. Deve ser apenas um tipo de texto porque o SUS é para todos. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** concordou com a ideia de um documento, mas acha que não conseguem elaborar. Fez o **encaminhamento** de **usar o documento enxuto como base e ter outro com considerações. Construir um documento para o debate eleitoral e ver se ele atende à população.** O Conselheiro **Edmundo Dzuiwi Ömore** explicou que “SUS” significa povo. O texto deve sensibilizar os eleitores e ser direcionado aos CES e CMS. As organizações representadas no CNS já têm ferramentas para chegar ao palanque. Não adianta discutir dentro de quatro paredes. O SUS está terceirizado. É preciso divulgar o documento para que sirva base para todos saberem a situação da saúde no país, o que é o SUS e o que ele precisa. Deve acatar a opinião da população, inclusive as classes média e alta, que querem arrancar recursos do SUS. Deve defender o SUS e a saúde para todos no Brasil, principalmente os indígenas que dependem dele. A linguagem não pode ser técnica e nem política para chegar às bases e para que elas possam votar e cobrar. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez o **encaminhamento de retornar o documento com as propostas para o grupo que o elaborou e depois avaliar o impacto do documento único e se será necessário elaborar outro.** A Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** pediu que fosse divulgada a composição do grupo para encaminhar sugestões por e-mail. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu serem os Conselheiros Ivone Evangelista Cabral

(trabalhadores), Alexandre Medeiros de Figueiredo (gestores), Ana Maria Costa, Denise Rodrigues Eloí de Brito, e o jornalista Waldemar Gadelha Neto. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** alegou serem muitas contribuições e pediu que todas fossem enviadas ao grupo para serem compiladas e sugeriu que o grupo se reunisse em virtude de não ser possível realizar tal tarefa apenas por e-mail. Recomendou ampliar a comissão para fazer a minuta do texto e enviar antes da próxima RO. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, ressaltou que o documento deve ser lançado em julho porque em setembro já há campanha eleitoral. Mais uma vez se discutiu o conteúdo e não definiu uma estratégia. É preciso pensar “o que” (uma proposta política para debate eleitoral); “para quem” (candidatos e população); “como” (entidades e outras estruturas - audiência pública com CES, população e candidatos); “por que” (qualificar o debate político e os candidatos). A opinião geral sobre o SUS é de que ele é ruim. É preciso mudar o tom para dizer que ele é universal. Tem que politizar de várias formas, ampliar a comissão e reunir na próxima semana ou na semana seguinte para lançar em julho, no mais tardar, na forma que estiver. A consulta final será feita por e-mail. Afirmou que a próxima RO será realizada em 3 dias e deverão ser convidados os partidos políticos e candidatos para dela participarem. Comentou a presença dos conselhos de saúde da Venezuela e do Peru e do Procurador do estado Espírito Santo, Dr. José Adalberto Dazzi. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** resumiu que o documento deve ter centralidade na disputa e que a partir das contribuições deve ser enviado a todos após ser trabalhado pelo grupo. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** solicitou que seja estabelecido um prazo e se colocou à disposição para integrar a comissão. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** afirmou que o CNS é a instituição máxima no SUS, tem institucionalidade e pode fazer uma estratégia com rádio e TV oficiais para dar a dimensão que precisa e que pode e tem o direito e o dever de ocupar um espaço em Horário nobre. O governo deve garantir em um horário que possua audiência para divulgar para a população. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** pediu para reunir o fórum dos usuários para escolher representante para compor a comissão. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, fez o **encaminhamento de que o GT original ser acrescido de um representante dos usuários indicado pelo fórum**. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** pediu para recompor o grupo com a permanência dos Conselheiros Ivone Evangelista Cabral, Alexandre Medeiros de Figueiredo e mais dois usuários. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que o grupo irá incorporar as propostas dessa data e enviar com antecedência para todos fazerem contribuições. Incluiu jornalista Waldemar Gadelha Neto na comissão. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** prometeu que o grupo enviará a compilação das contribuições 10 dias antes da próxima RO com prazo devolutivo de 72h antes da reunião (que terá a duração de 3 dias) para envio do texto consolidado. **A nova composição do GT é: Conselheiros Ivone Evangelista Cabral, Alexandre Medeiros de Figueiredo, Clovis Adalberto Bouffleur e Abrahão Nunes da Silva e o jornalista Waldemar Gadelha Neto**. Foi passada a palavra para os convidados. O Procurador do estado Espírito Santo, **Dr. José Adalberto Dazzi**, cumprimentou a todos e repassou a mensagem do Procurador Geral do MPES e se disse honrado com a presença do CNS no Ministério Público do estado do Espírito Santo e asseverou que o espaço do plenário está à disposição sempre que houver necessidade. Afirmou que o Ministério Público é apenas uma parcela da representação social e que aprendem muito com os militantes do SUS e acreditam bastante no Sistema Único de Saúde. Ressaltou que é importante que o SUS se firme no processo eleitoral diga que a população acredita nele. Ele possui muitos pontos positivos e muitos nos quais precisa evoluir. Expressou seu respeito aos conselhos locais e sua opinião pela necessidade de ampliação destes que devem se espelhar nos conselhos de saúde os quais realizam uma revolução silenciosa e positiva. Citou como exemplo a resolução nº 253/CNS que mexeu com todos e alterou a legislação. Deu as boas vindas aos presentes e agradeceu mais uma vez a oportunidade de colaborar com o controle social. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** comentou que o Procurador José Adalberto Dazzi é um grande parceiro da saúde e possui várias agendas conjuntas com o Ministério da Saúde. Avisou que será realizado um curso para 200 procuradores federais discutindo o sistema de saúde. Informou que o Procurador Dazzi publicou um guia sistematizando as leis relativas à saúde que é referência na área. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, comentou que o CNS realizou uma parceria com o Conselho Nacional do Ministério Público, cujo documento está elaborado e em julho será formalizado pela PGR para discutir os gargalos do SUS e analisar as formas de cooperação para contribuir com a melhoria do Sistema Único de Saúde em parceria com o controle externo. Também no mês de julho será realizada uma oficina para oficializar essa parceria e enfrentar questões historicamente não solucionadas. **José Leon**, representante da REDSACOL da Venezuela, coordenador do conselho nacional de saúde, saudou a todos e afirmou que estão formando os conselhos populares de saúde em seu país utilizando como referência o Brasil. Foi instalado há um mês e já conta com 14 conselhos municipais e tem a proposta de um sistema de saúde público único de saúde, entendida como direito e não como mercadoria, um bem público com participação protagonista do povo. Agradeceu ao Brasil por servir de exemplo a todo o continente. **Alexandro Saco**, representante do Foro de la Sociedad Civil en Salud do Peru, cumprimentou a todos e agradeceu pela oportunidade. Afirmou que para seu país o Brasil também é uma referência, apesar de

todos os problemas que possui. É um sistema igualitário muito importante para países como o seu que possuem uma lógica completamente distinta. O conselho do qual participa possui 12 membros, dos quais apenas 1 é representante das organizações sociais e não possui caráter vinculante. Não possui conferências e pediu um espaço na 15ª Conferência Nacional de Saúde brasileira para representação dos países latino-americanos para auxiliar na luta por um direito à saúde no continente. A Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** compartilhou a informação da existência de uma parceria do CMS de Fortaleza com o MP na realização de um congresso de direito à saúde, do qual participa como membro da organização e cujo tema no ano anterior foi o controle social. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, expressou sua felicidade com a presença dos conselheiros estrangeiros e afirmou que a 15ª Conferência Nacional de Saúde consolidará a relação da América Latina, América Central e Caribe. É fundamental ajudar o Peru e a Venezuela, que está um pouco mais avançada. Afirmou que o Brasil está de peito aberto para recebê-los e a todos que vierem. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, deu as boas vindas a todos. A Conselheira **Ana Maria Costa** convidou os presentes para participarem do congresso de medicina que ocorrerá em novembro em El Salvador com o tema: saber e poder popular, onde será importante a presença do Brasil. **Encaminhamentos:** 1) Pautar CONEP em julho. 2) Retornar o manifesto para o GT responsável para elaboração de um único documento sintético contendo o posicionamento e a agenda do CNS para as eleições sobre temas ligados à saúde e direcionado à população, aos candidatos e aos CESs com linguagem clara e objetiva podendo ser compreendido por todos. Na 259ª RO o documento será avaliado quanto ao objetivo e a necessidade de elaborar outro documento para finalidade não alcançada por ele. Alterada a composição do GT. Nova composição: Conselheiros Ivone Evangelista Cabral, Alexandre Medeiros de Figueiredo, Clovis Adalberto Bouffleur, Abrahão Nunes da Silva, e o jornalista Waldemar Gadelha Neto. O grupo deverá compilar as contribuições oferecidas nessa RO e as demais a serem enviadas por e-mail e apresentar a síntese na 259ª RO. O documento deverá ser objetivo e expressar o posicionamento do CNS sobre as questões da saúde. Outras estratégias de comunicação devem ser analisadas, tais como audiências públicas e formas interativas de comunicação virtual. O documento deverá ser lançado em julho. 3) A 259ª RO ocorrerá em três dias: 16, 17 e 18 de julho. Com esse pronunciamento, a mesa encerrou o debate e fez uma pausa para almoço, retornando no início da tarde com o próximo item de pauta. **ITEM 3 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH/CNS.** *Apresentação:* Conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS. *Coordenação:* Conselheiros **Nelcy Ferreira da Silva** e **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Mesa Diretora do CNS. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** distribuiu os informes das atividades da CIRH entre as reuniões do pleno, inclusive as visitas da comissão de avaliação dos municípios. Iniciou com o cronograma das visitas. Explicou o motivo de não terem sido realizadas algumas visitas, quais sejam: prazo escasso entre as primeiras visitas agendadas e os procedimentos para emissão de passagem; dificuldade nos contatos com conselheiros por e-mail e telefone; disponibilidade limitada de agenda dos conselheiros; conselheiros com pendências no SCDP; mudança nas agendas de visitas pelo MEC sem prévio aviso ao CNS; alterações de agendas dos Conselheiros CNS já confirmados; comunicação com os Conselhos Municipais. Dentre as facilidades para participação nas visitas listou o Recebimento tempestivo do plano de voo dos Conselheiros Representantes, a Solicitude dos membros das comissões do MEC e a Disponibilidade e prontidão dos Conselheiros que participaram das visitas. Informou os conselheiros destinados a cada visita, quais já foram realizadas e as que ainda restam. O cronograma das visitas é o seguinte: Campo Mourão, PR de 14/04/2014 a 16/04/2014; Contagem, MG de 22/04/2014 a 24/04/2014; Itabuna, BA de 23/04/2014 a 25/04/2014; Itaboraí, RJ de 23/04/2014 a 25/04/2014; Erechim, RS de 23/04/2014 a 25/04/2014; Pato Branco, PR de 28/04/2014 a 30/04/2014; Sete Lagoas, MG de 05/05/2014 a 07/05/2014; Indaiatuba, SP de 07/05/2014 a 09/05/2014; São José dos Campos, SP de 07/05/2014 a 09/05/2014; São Leopoldo, RS de 12/05/2014 a 14/05/2014; Araçatuba, SP de 12/05/2014 a 14/05/2014; Guarujá, SP de 12/05/2014 a 14/05/2014; Juazeiro, BA de 14/05/2014 a 16/05/2014; São Bernardo do Campo, SP de 14/05/2014 a 16/05/2014; Guarulhos, SP de 19/05/2014 a 21/05/2014; Eunápolis, BA de 21/05/2014 a 23/05/2014; Vilhena, RO de 21/05/2014 a 23/05/2014; Novo Hamburgo, RS de 21/05/2014 a 23/05/2014; Limeira, SP de 21/05/2014 a 23/05/2014; Mauá, SP de 26/05/2014 a 28/05/2014; Bauru, SP de 28/05/2014 a 30/05/2014; Rio Claro, SP de 28/05/2014 a 30/05/2014; Tucuruí, PA de 02/06/2014 a 04/06/2014; Pindamonhangaba, SP de 02/06/2014 a 04/06/2014; Jacobina, BA de 04/06/2014 a 06/06/2014; Aparecida de Goiânia, GO de 04/06/2014 a 06/06/2014; Três Rios, RJ de 04/06/2014 a 06/06/2014. As visitas realizadas com a participação dos conselheiros nacionais de saúde foram as elencadas a seguir. Contagem, MG de 22/04/2014 a 24/04/2014 com a participação do Conselheiro Abrahão Nunes da Silva. Erechim, RS de 23/04/2014 a 25/04/2014 com a participação dos Conselheiros Luiz Anibal Vieira Machado e José Eri de Medeiros. Pato Branco, PR de 28/04/2014 a 30/04/2014 com a participação da Conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite. Sete Lagoas, MG de 05/05/2014 a 07/05/2014 com a participação do Conselheiro Geraldo Adão Santos. Indaiatuba, SP de 07/05/2014 a 09/05/2014 com a participação do Conselheiro

752 José Naum de Mesquita. São José dos Campos, SP de 07/05/2014 a 09/05/2014 com a participação
 753 do Conselheiro Sebastião Geraldo Venâncio. São Leopoldo, RS de 12/05/2014 a 14/05/2014 com a
 754 participação do Conselheiro José Eri de Medeiros. Juazeiro, BA de 14/05/2014 a 16/05/2014 com a
 755 participação do Conselheiro André Luiz de Oliveira. Guarulhos, SP de 19/05/2014 a 21/05/2014 com a
 756 participação da Conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite. Novo Hamburgo, RS de 21/05/2014 a
 757 23/05/2014 com a participação do Conselheiro José Eri de Medeiros. Limeira, SP de 21/05/2014 a
 758 23/05/2014 com a participação da Conselheira Nelcy Ferreira da Silva. Mauá, SP de 26/05/2014 a
 759 28/05/2014 com a participação do Conselheiro José Naum de Mesquita. As visitas realizadas pelo
 760 MEC sem a participação dos CNS constam a lista que se segue. Campo Mourão, PR de 14/04/2014 a
 761 16/04/2014. Itabuna, BA de 23/04/2014 a 25/04/2014. Itaboraí, RJ de 23/04/2014 a 25/04/2014.
 762 Araçatuba, SP de 12/05/2014 a 14/05/2014. Guarujá, SP de 12/05/2014 a 14/05/2014. São Bernardo
 763 do Campo, SP de 14/05/2014 a 16/05/2014. Eunápolis, BA de 21/05/2014 a 23/05/2014. Vilhena, RO
 764 de 21/05/2014 a 23/05/2014. Bauru, SP de 28/05/2014 a 30/05/2014. Rio Claro, SP de 28/05/2014 a
 765 30/05/2014. Tucuruí, PA de 02/06/2014 a 04/06/2014. Pindamonhangaba, SP de 02/06/2014 a
 766 04/06/2014. Jacobina, BA de 04/06/2014 a 06/06/2014. Aparecida de Goiânia, GO de 04/06/2014 a
 767 06/06/2014. Três Rios, RJ de 04/06/2014 a 06/06/2014. Ainda faltam as seguintes visitas sem
 768 representação do CNS ainda atribuída: Alagoinhas, BA de 14/07/2014 a 16/07/2014; Umuarama, PR
 769 de 16/07/2014 a 18/07/2014; Cubatão, SP de 16/07/2014 a 18/07/2014; Passos, MG de 21/07/2014 a
 770 23/07/2014; Araras, SP de 21/07/2014 a 23/07/2014; Assis, SP de 30/07/2014 a 01/08/2014; Osasco,
 771 SP de 30/07/2014 a 01/08/2014; Jaú, SP de 06/08/2014 a 08/08/2014. A visita ao município de Muriaé,
 772 MG ainda não possui data definida pelo MEC. Listou os documentos que são encaminhados aos
 773 Representantes do CNS que realizam as visitas, quase sejam: Convite para o Conselheiro representar
 774 o CNS por meio de ofício; Planilha para solicitação de diárias e passagens; Arquivo do Edital MEC nº
 775 03/2013; Manual de orientação (MEC) para as Visitas in loco; e Contatos dos membros das Comissões
 776 de avaliação do MEC. Informou que Após as visitas aos municípios foi solicitado aos Conselheiros o
 777 relatório descritivo contendo: o registro das reuniões com gestores e Conselho de Saúde local, das
 778 unidades de saúde visitadas; as impressões pessoais sobre as visitas; e fotografias (se houver), e ao
 779 final publicitou um modelo de relatório. Inicialmente havia o acordo de que todas as visitas seriam
 780 acompanhadas do controle social local, mas apesar da tentativa da Secretaria Executiva do CNS foi
 781 difícil em razão da constituição daqueles órgãos. As novas visitas foram reagendadas para após a
 782 realização da copa do mundo de futebol. São 49 municípios e restam 13 ainda não agendados. Alertou
 783 que conselheiros não pode enviar relatório da visita para o MEC e não pode fazer a visita sem
 784 acompanhamento daquele Ministério porque cria expectativa na IES não selecionada. Não há visita na
 785 etapa de escolha do município posto que o edital é público e não é possível se antecipar a ele. O
 786 relatório das visitas in loco segue a mesma forma. Os conselheiros que participaram das visitas fariam
 787 seus relatórios. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** afirmou que seu relatório era extenso e fez um
 788 resumo. Explicou que foi à cidade de Limeira, SP de 21 a 24 de maio comandada pelos consultores do
 789 MEC. O município estava listado no Edital 03/2013/MEC para Limeira, SP do curso de medicina em
 790 IES privada. Vários representantes do município participaram da visita. Houve uma reunião inicial com
 791 objetivo da visita e da intenção da escola em ser selecionada e outra ao final. Enunciou que tudo
 792 ocorreu muito bem desde o momento em que começou a receber os documentos do apoio técnico da
 793 CIRH, Alex e Miriam que a ajudaram muito e não deixaram nenhuma dúvida tendo seu trabalho sido
 794 excelente. Havia um motorista aguardando ao chegar à cidade. Alertou aos conselheiros que a
 795 atividade toma muito tempo, pois são muitos detalhes. Alegou ter uma excelente relação com
 796 avaliadores, e apesar de ela apenas acompanhar, eles ouviram todas as suas colocações e fizeram
 797 relatório em conjunto. Selecionaram as unidades a serem visitadas dentre as disponíveis: uma
 798 policlínica (o hospital que possui a melhor estrutura) e duas unidades básicas. A cidade possui 400 mil
 799 habitantes e possui um bom tronco viário, com economia baseada na indústria, comércio e serviços.
 800 Possui boa estrutura de saúde a qual estava abandonada e a gestão tenta recuperar. Analisaram os
 801 documentos com antecedência, e a gestão lhes proveu mais alguns que não foram lidos em razão do
 802 tempo escasso. Mostrou aspectos relevantes e disse que a contratação de profissionais de saúde foi
 803 aprovada na câmara legislativa, no entanto não se efetivou porque não tinha candidato médico. Não
 804 havia tempo hábil para atingir as metas. A localidade já possui três faculdades de medicina e essa
 805 situação põe em risco a avaliação por inadequação de oferta de leitos. A Santa casa de limeira possui
 806 205 leitos e não 250, como consta no relatório do site do SINAES com defasagem de dois dias. Existe
 807 um projeto de construção de uma UPA não iniciada. Realizou então a leitura do relatório. "RELATÓRIO
 808 DE AVALIAÇÃO IN LOCO 1) IDENTIFICAÇÃO: Local: Município de Limeira/SP. Período: 21 a 24 de
 809 maio de 2014. Conselheira: Nelcy Ferreira da Silva, acompanhando os consultores do MEC Joe Luiz
 810 Vieira Garcia Novo (PUC/SP) e Sandro Schreiber de Oliveira (UFRS e ABEM). 2) MOTIVAÇÃO: Edital
 811 MEC nº 03/2013 – municípios pré selecionados, candidatos a sediarem curso de graduação em
 812 medicina em IES privada. 3) REPRESENTANTES DO MUNICÍPIO: Eiddy Cristina Assunção Batista –
 813 Secretária executiva de governo e desenvolvimento; Ana Carolina da Silva Braz – coordenadora ESF;
 814 Vicente Pironte Netto – hospital Santa Casa; Renato Castro de Almeida, Maria Célia Pressinato –

hospital de ensino Santa Casa; Luiz Antonio da Silva – Secretário Municipal de Saúde; Mauro Zeuri – prefeitura de Limeira; Mairi Lami Rodrigues e Ivanice Santos – CMS e Paulo Cesar Junqueira Hadich Prefeito. 4) DESENVOLVIMENTO: Reunião com representantes do Município, com apresentação da intenção dos gestores em sediar o curso de graduação em medicina. Exposição do roteiro de visita, pelos avaliadores. Seleção das unidades de saúde a serem visitadas da rede de saúde de Limeira que possui aproximadamente 400.000 habitantes, situada em importante tronco viário entre os municípios de São Paulo e Minas Gerais, com economia baseada na indústria, comércio e produção de bens e serviços, sendo o 24º. Município mais rico do Estado de São Paulo, com IDH de 0.775. Abriga várias instituições de ensino superior (IES), tem hospital de ensino e boa tradição de prestação de saúde especializados, muito embora viva a consequência do abandono da rede nos últimos anos. 5) DOCUMENTOS ANALISADOS: A análise de documentos, mostrou aspectos relevantes: criação de cargos para médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, técnicos de enfermagem e de higiene bucal e agentes comunitários de saúde, aprovadas na câmara de vereadores, em quantidades adequadas para atender o projeto de expansão apresentado. Porém a contratação não se efetivou por falta de candidatos médicos. O plano de metas do município possui tímidas ações de saúde com alguns indicadores com metas demasiadamente ousadas. Possui adesão ao PMAQ, atestada pelo MS/DAB, rede assistencial predominantemente da iniciativa privada, com serviços de APS em sua maioria não ESF, cobertura atual em torno de 10%. Existem três faculdades de medicina (UFScar, UNICASTELO e UNIRG, que já realizam internatos no hospital de ensino de Limeira, com média de 70 alunos/ano, indicando risco de competição por espaço por inadequação da oferta de leitos para a coexistência de novo curso. A Santa Casa de Limeira possui habilitação de hospital de ensino, com total de leitos que não atinge 250, segundo CNES/20/05/2014. Apenas 205 leitos. Tem projeto de construção de UPA aprovado em 2013, com execução ainda não iniciado. Tal análise apresenta problemas de consistência que serão retomados nas considerações finais. Há pactuação com os municípios de Cordeirópolis, com cerca de 20.000 habitantes disponibilizando leitos, AB e estrutura de urgência e emergência, possui um hospital cadastrado no CNES, porém sem disponibilidade de leito. O outro município é de Iracemápolis, disponibilizará ABS, leitos e serviços especializados, porém não há nenhum hospital cadastrado no CNES. Na reunião com representantes do município foram apresentados convênios com outros municípios (Santa Bárbara do Oeste, Americana e Engenheiro Coelho), no entanto tais documentos além de não terem sido previamente apresentados, o de Americana não possui assinatura dos respectivos gestores, o que não permitiu inclui-los na avaliação. 6. AS UNIDADES SELECIONADAS PARA VISITA: Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, UBS PSF1 Ernesto Kuhl, CAPS AD, Policlínica Dr. Odair Antonio Ragazzo de Carvalho, Centro de Referência em assistência Social – CRAS. 7. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A rede de atenção à saúde de Limeira conta com 4 hospitais, 32 unidades básicas, sendo 10 ESF, 01 ambulatório municipal de especialidades e 01 estadual, 01 de referência materno infantil, CAPS AD, CAPAS tipo I, 04 CRAS. Não existe regulação, os leitos hospitalares são ocupados segundo avaliação do próprio hospital. Há regulação estadual para serviços de alta complexidade, SAMU e consultas de especialidades. O mecanismo de referência funciona baseado na regulação do Estado e a contra referência não existe. A atenção primária não tem processos de trabalho estabelecidos e integrados entre si. Não há definição de modelo de APS, coexistindo em uma mesma unidade modelo tradicional e ESF, ocasionando conflito. A partir destas observações conclui-se que a rede municipal é ineficiente, apesar de ter bons equipamentos de saúde, especialmente de média e alta complexidade. Há importante dissonância entre eles e dificuldade de sinergismo de ações voltadas para o atendimento integral. A regulação é ineficiente e prejudica o acompanhamento dos usuários na rede de atenção básica. 8. CONCLUSÃO: Apesar de alguns pontos fortes, como possuir um hospital de ensino já reconhecido, com boa estrutura e equipamentos em muitas áreas de especialidades e centros de referências de especialidades ambulatoriais, há ressalvas nos seguintes aspectos: há insuficiência de oferta de leitos no hospital de ensino, considerando oferta de 50 vagas (CNES), agravado pelo fato de já haver três cursos de medicina ocupando os mesmos espaços e leitos disponíveis do SUS. O serviço de urgência emergência não utiliza critério de classificação de risco e parece ter baixa demanda, já que não constatamos ocupação de leitos e mesmo de usuários consultando no serviço no momento da visita, além disto, só interna paciente com avaliação do próprio hospital. O município não possui UPA. A regulação é incipiente e os mecanismos de referência, especialmente de contra referência funcionam precariamente. A inadequação da rede de atenção primária apresenta vários problemas, que passam pelo pequeno número de equipes, infra estrutura precária, coexistência de dois modelos de atenção, falta de definição de processo de trabalho, carência de profissional e fragilidade na integração com a média e alta complexidade, foram os aspectos mais relevantes identificados. Há equipe comprometida com a melhoria dos serviços de atenção básica, havendo possibilidade, a partir de uma ampla readequação da atenção básica, que em novo momento, se mantenha o pleito de abertura de curso. 9. IMPRESSÕES PESSOAIS. A experiência em realizar esta atividade, permite sugerir que o Edital 3 seja questionado no que diz respeito a participação do conselheiro do CNS, como coadjuvante. Sua participação não deve apenas se limitar a observador e acompanhante do avaliador do MEC mas, sim

como protagonista, na medida em que o instrumento prevê conhecimento e avaliação da rede prestadora de atenção à saúde, do município. A relação dos gestores de Limeira com o controle social, pareceu ser respeitosa. Vão anexar algumas atas, entre elas a que aprovou o pleito municipal na reunião plenária do Conselho Municipal de Saúde. Na oportunidade da visita estimei os conselheiros municipais de saúde a participarem da 18ª. Plenária Nacional de Conselhos, assim como o Secretário Municipal de Saúde de Limeira, do CONASEMS. A relação com os avaliadores do MEC foi de muito respeito, sendo consideradas as impressões de todos. Aproveito para registrar que a visita foi exitosa porque contou com planejamento adequado por parte da CIRH e seu apoio técnico, para quem expresse meu reconhecimento e agradecimento. Os representantes da gestão do município de Limeira, disponibilizaram documentos e outras facilidades para o desenvolvimento do trabalho. Registro ainda o profissionalismo e educação do motorista, Sr. Vanderlei que nos acompanhou. Cordialmente.” Não há retorno do usuário levado ao serviço de alta complexidade. A Santa Casa tem boa estrutura na alta complexidade. Acabou de receber como doação um aparelho no qual fazem alto investimento. É especializado em doenças cardiovasculares e realiza exames sofisticados. O pronto socorro localizado na entrada do hospital causou um choque por ter sido a primeira unidade visitada. Havia mais de 20 leitos vazios sem lençol. Parecia uma estrutura montada. Conversou com pessoas que aguardavam atendimento nos hospitais e não ouviu queixa. Mas todos os serviços estavam esvaziados. Diversificaram o tipo e o porte da unidade, mas o cenário não mudou. O parecer final foi não favorável. É sutil e constataram que não havia demanda, pois o pronto socorro estava vazio. Foi percebida muita vontade da gestão atual em ter o curso, possuindo toda a informação e domínio da rede que estava abandonada e agora estão tentando recuperar. Lamentou o conteúdo do parecer, mas seria irresponsável nesse momento aprovar. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** lembrou quem em um futuro próximo a forma de avaliação será alterada para ocorrer em duas etapas. Uma para o edital de seleção de município e para revalidação. Não vai mais ter avaliação para abertura de curso, somente de seleção da instituição possuidora da avaliação do projeto de curso. A forma atual continuará para os cursos de odontologia e psicologia. Será realizada uma oficina temática com MEC sobre Resolução nº 350/CNS. Na plenária de julho trará a proposta de recomendação e resolução do novo modelo. Haverá três etapas: o edital de município, a escolha da IES e o reconhecimento. Ainda se encontram na fase de construção de confiança e, inicialmente, o CNS não iria participar. Ressaltou que o MEC está buscando mais interação do que antes e já houve consulta para constituir comissão de avaliação nos próximos editais. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** realizou a visita no município de Sete Lagoas e foi com os avaliadores do MEC com uma visão diferente, a de usuário. A prefeitura se preparou para recebê-los. Teve todo o apoio necessário. O relatório foi feito pelos avaliadores, mas teve liberdade de opinar tanto com a prefeitura quanto com eles. Não conhece o relatório final. Realizou a leitura do resumo de seu documento. “Designado pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, estivemos na cidade de Sete Lagoas – MG, nos dias 05, 06 e 07 de maio de 2014, acompanhando a Equipe de Consultores designada pelo Ministério da Educação – MEC, para uma avaliação IN LOCO da estrutura dos serviços de saúde do Município. Consultores designados: Professor Marcelo Demarzo – Universidade Federal de São Paulo e Professor Walter Vitti Júnior – Faculdade de Medicina de Botucatu. Esta visita teve como objetivo conhecer a capacidade instalada de recursos de saúde para o atendimento à população do Município e às populações de outros Municípios referenciados. Sete Lagoas é uma Sede Regional, que agrega mais 34 outros Municípios, totalizando uma população da ordem de 630 mil pessoas. Só a cidade de Sete Lagoas tem uma população de aproximadamente 230 mil habitantes. De posse da documentação básica orientadora do Processo de Avaliação das condições estabelecidas para a criação de Faculdade de Medicina particular no Município, o trabalho teve sequência orientada e conclusão. Com base no cronograma de visitas, em anexo, as atividades foram assim desenvolvidas: Dia 05, pela manhã – apresentação da Secretaria Municipal de Saúde, apresentação da Equipe ao Secretário de Saúde Dr. Breno Henrique de Avelar Pinho Simões, à Subsecretaria de Gestão da Saúde Lenira de Araújo Maia e demais Coordenadores de Serviços e Assessores. Foi disponibilizada para a Comissão a documentação exigida, contida em aproximadamente 40 pastas; Dia 05, à tarde – visita à Unidade Básica de Saúde Dr. Carlos Afonso Vianna, visitas às obras do Hospital Regional, visita ao CAPS-I, em substituição ao CAPS-AD, visita a uma Unidade de ESF; OBS: À noite, acompanhado do Secretário de Saúde, fomos recebidos pelo Sr. Prefeito Márcio Reinaldo Moreira, que disponibilizou considerável tempo da sua agenda para esta audiência, onde tratamos da saúde, sob vários aspectos. Dia 06, pela manhã – visita à UPA 24h Tipo III, visita ao Centro Viva Vida, visita ao Hospital Nossa Senhora das Graças, visita à Equipe ESF – Fazenda Velha; Dia 06, à tarde – visita ao Hospital Municipal Monsenhor Flávio Dmato, visita ao Centro de Especialidades Médicas – CEM, reunião com o Conselho Municipal de Saúde; Dia 07, pela manhã – o Professor Marcelo Demarzo e eu regressamos de Sete Lagoas, ficando o Dr. Walter na Secretaria, concluindo o Relatório Técnico de Avaliação; Complementando as visitas, fomos informados pelos assessores da Secretaria, da existência e funcionamento das demais Unidades de Saúde próprias e conveniadas existentes no Município. A nossa avaliação sobre as Unidades visitadas foram muito positivas, seja pela qualidade física das mesmas, mas também, pelo trabalho e

competência desenvolvidos pelos seus funcionários, explicitando os trabalhos realizados e seus e resultados. Merecendo maior destaque a visita ao Hospital Municipal, referência no Município para Atendimentos de Urgência. OBS: Na nossa observação, o hospital tem uma demanda que desafia o seu tamanho e condições de atendimento. Visitamos praticamente todas as suas instalações indicadas, observando uma grande e variada demanda por serviços e uma atenção aos pacientes que merece destaque. Outro destaque que queremos fazer, diz respeito ao Hospital Nossa Senhora das Graças, um Hospital Filantrópico Conveniado, localizado num prédio composto de um bloco de 10 andares e outras construções mais baixas. Um hospital com disponibilidade média de 223 leitos e que atende grande parte da população de Sete Lagoas e outros Municípios. Trata-se de um hospital geral, que inclui até o atendimento de hemodiálise, estando ainda em fase de ampliação a maternidade. Tivemos sobre este hospital a melhor impressão, por todos os atendimentos prestados, uma vez que tivemos a oportunidade de conhecer toda a estrutura do mesmo, inclusive os serviços de UTI adulto e infantil. Impressionou-nos o nível de limpeza e conservação do prédio e, o que nos causou uma reação até emotiva, foi a UTI Neonatal de crianças prematuras. Causou-nos muito boa impressão as Unidades de Atendimento de Equipes de Saúde da Família, seja pelo espaço físico, composição e trabalho das equipes. Merece destaque, também, a recente inauguração de uma UPA Porte III em 29 de novembro de 2013, em pleno funcionamento. Visitamos suas instalações e tivemos uma ótima impressão das condições e qualidade do atendimento. Esta UPA, com capacidade para atendimento de até 400 pacientes / dia, tendo como referência o Hospital Municipal. Outro espaço de saúde, ainda em construção, que merece destaque, é o Hospital Regional, que será referência para atendimento a 650 mil pessoas. Trata-se de uma construção moderna e bem localizada, que, quando pronta, deverá proporcionar aos seus pacientes um atendimento de primeira linha. Considerando que não visitamos todas as Unidades, mas pelo que vimos e avaliamos, podemos supor que outras Unidades são também bem estruturadas, prestando o mesmo serviço de atenção e qualidade observado nas Unidades visitadas. Por dificuldades de locomoção, eu não visitei o Centro de Especialidades Médicas – CEM, mas solicitei à Secretaria informações sobre o mesmo e, que na data da próxima reunião do Conselho serão apresentadas. A reunião com o Conselho Municipal de Saúde aconteceu como previsto, com a presença de quatro Conselheiros e do Sr. Secretário de Saúde. A reunião foi realizada na Secretaria, de forma descontraída, e os Conselheiros forneceram as informações solicitadas, inclusive disponibilizando cópia da Ata da Reunião que tratou e aprovou a pretensão do Município de ter instalado em seu território uma Faculdade de Medicina. A essas informações preliminares, poderão ser acrescidas outras até o dia 04 de junho, onde este assunto será tratado como pauta do Conselho e, eu espero estar presente para uma exposição e complemento de informações solicitadas.” Informou que não tiveram tempo de analisar todos os documentos, mas os consultores verificaram os que estavam mais ligados ao seu relatório. O CAPS 2 seria inaugurado na semana seguinte, e por isso visitaram o CAPS 1 e também uma UPA nova e recém-inaugurada onde puderam ver seu bom funcionamento, apesar de os funcionários ainda estarem se adaptando. Mereceu destaque a limpeza do prédio. O hospital é de grande atendimento, mas a população é ainda maior, o que o torna pequeno para a demanda, apesar de muito bem equipado, como não se vê em hospital público. O CTI impressionou, principalmente o neonatal de crianças prematuras. A Estrutura e o carinho dos funcionários são impressionantes. O PSF funciona e está integrado com a comunidade. A equipe é nova, mas a UPA trouxe alegria à comunidade. Devido à dificuldade de locomoção não participou da visita do centro de especialidade médica. O CMS Houve levou a ata de uma reunião na qual referenda a proposta do município com parecer favorável, estando em sintonia com a gestão para implantação da faculdade de medicina e o município tem condições de acolher o curso. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** perguntou quantas unidades de saúde o município possui. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** respondeu que são 15 equipes saúde da família e a faculdade já possui curso de outras profissões de saúde, mas não de medicina e tem condições de recebê-lo. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, afirmou que visitou um hospital de 12 andares no município e questionou se seria um dos visitados na ocasião. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** respondeu que se trata do hospital geral, muito completo e que recebe encaminhamento do SUS para agendamento. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** comentou sua visita ao município de Contagem. “Cheguei em Belo Horizonte no dia 22 de Abril, às 23: hs. No dia 23 pela manhã me desloquei para Contagem, onde as 09: hs, me encontrei com a equipe de avaliadores do MEC: Ivaldo da Silva, Leandro Odone Bertelli e Rosana Fiorini Puccini. Começamos os trabalhos com uma reunião com o Sr. Luciano Novaes, Secretário Municipal de Saúde Adjunto em exercício, em razão de férias do titular e toda a equipe de direção da Secretaria de Saúde de Contagem e o presidente do Conselho Municipal de Saúde. Onde foi feita uma rodada de apresentação e em seguida o pessoal da secretaria de saúde passou a apresentar a estrutura da rede de saúde do município e os motivos pelos quais a cidade pleiteia uma faculdade de medicina para o município. Após o almoço fomos visitar uma UPA que fica na região da Vargem das Flores, a região mais pobre e distante do centro da cidade e visitamos uma unidade do PSF próxima da UPA e após tivemos uma reunião com o Prefeito Municipal Carlos de Almeida, o Secretário Municipal de Saúde e assessores da Secretaria Municipal de Saúde,

com presença do Secretário Municipal de Educação e a Presidenta da Fundação Educacional do Município. O prefeito expôs o interesse e a necessidade do município ter uma faculdade de Medicina mesmo que privada. A cidade hoje tem mais de seiscentos mil habitantes, não tem nenhum curso de medicina, tem um hospital e maternidade municipal com cento e sessenta leitos e preste a inaugurar a maternidade e com isso aumentará em muito a quantidade de leitos hospitalares no município, tem cobertura de mais de 80% de saúde da família, e a policlínica que atende as especialidades do SUS, e algumas demandas da alta complexidade são direcionadas para Belo Horizonte, pois na cidade não tem, espera a faculdade possa fixar os médicos formados na cidade, o que seria muito importante para a população do município. Na rede do SUS do município tem os médicos formados fora do país no programa Revalida que estão da atenção primária a alta complexidade, cumprindo a carga horária para obter a validação de seus cursos, há médicos residentes na rede e tem trazido um resultado muito importante para o município, pois mais de 80% ficaram em Contagem, além dos estágios de estudantes de duas universidades e também recebe médicos do mais médicos. Fiz algumas intervenções ponderando em especial sobre a importância da interação com a comunidade e da necessidade de se buscar colocar na grade curricular destas novas escolas novas possibilidades de terapias, e de um novo conceito de saúde para nossa sociedade. Também da participação efetivo do Conselho Municipal de Saúde em todo o processo de discussão, implantação e implementação da escola se assim decidido pela criação da escola, e também ponderei da dificuldade de se buscar novos caminhos para a formação profissional com escolas particulares, com a atual visão de mercado existente. Na minha opinião a cidade está apta há receber a faculdade, devendo certamente suspender alguns convênios hoje existentes de estágios, revalida e residência, para atender a faculdade a ser instalada. Minha participação ficou prejudicada, só participei um dia da visita em função das passagens terem sido comprada com horários equivocados, e da impossibilidade de troca da passagem de retorno. Precisa haver uma melhor comunicação entre o MEC e o CNS, para evitar estes conta tempos e prejuízo do trabalho dos conselheiros. Espero ter contribuído para nosso conselho e para CIRH." O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** visitou Juazeiro, BA com a equipe do MEC. Chegou dia 14 à noite, após o início das atividades e começou sua participação nesse dia. Houve uma falha de comunicação relativa à data, mas afirmou não ter perdido nenhuma atividade importante. O trabalho deveria ser realizado em três dias o que foi um problema para os avaliadores do MEC. O município possui 214.748 habitantes e faz limite com a cidade de Petrolina, PE no extremo norte do estado. Percebeu uma bonita experiência de pactuação interestadual muito forte, a chamada Rede PEBA. Citou dados do município. Houve uma audiência com Secretário municipal no 1º dia. O município está aderido ao Programa Mais Médicos e ao PROBVAB. Recebeu informação positiva de uma intercambista cubana de lá. Chamou à atenção a realização de um concurso recentemente com 120 vagas que contou com 8 mil inscritos e no entanto não preencheram todas as vagas. Além disso, apenas 30% dos aprovados continuam nos cargos. Na localidade há três grandes hospitais. O Hospital Regional de Juazeiro é gerido por uma OS ligada ao estado (IMIP). Detectou algumas coisas que chamaram à atenção. Tentou se colocar como observador, mas não possível. Fez perguntas a pacientes e acompanhantes. A comissão não estava preparada para esse tipo de interpelação. Tinha um conselheiro municipal internado há 12 dias nesse hospital e aproveitou para cobrar dos gestores. A infraestrutura é razoável, mas ele já recebe 40 estagiários da UNIVASF, além de alunos de outros cursos o que pode gerar um choque de atividade. O hospital materno-infantil foi transformado em hospital público e precisa de reforma. Há cerca de 10 equipes de saúde da família e não encontraram médicos em nenhuma delas o que foi cobrado do Secretário municipal. Nas farmácias percebeu ausência de medicamentos. Adicionou 50 fotos ao relatório. O hospital conveniado Pró-Matre conta com 61 leitos para o SUS e só 39 estavam ativos havendo forte demanda na porta da unidade. O hospital credenciado não recebe repasse por falta de CND ligada ao INSS, sendo legalmente bloqueado pelo município. No 1º dia da visita ocorreu uma manifestação pública dos funcionários do hospital. Isso coloca a necessidade e importância de ver na ponta uma realidade que nem sempre chega até o CNS. O relatório é opinião pessoal porque não conseguiu retorno da comissão. Afirmou ser difícil ver leitos abandonados. Uma chuva destruiu o teto do hospital e pacientes na UPA entubados há cinco dias ainda estavam aguardando leito. 22 leitos estão bloqueados por causa dessa disputa. Explicou que o Secretário já foi ao MP para resolver a questão. Sentiu muita vontade da gestão. Dos 20 conselheiros do CMS, 11 participaram e aprovaram por unanimidade. Explicou que houve dificuldade de entendimento de seu papel por parte dos avaliadores do MEC. Segue o relatório. "I) Dados gerais. Segundo projeção do Datasus, a cidade de Juazeiro possui aproximadamente 214.748 habitantes, considerada a capital da agricultura irrigada, situada na região norte do Estado da Bahia, em microrregião com 10 municípios e participantes da rede PEBA (com o total de 53 municípios, sendo 28 da Bahia e 25 de Pernambuco), com índice de mortalidade infantil de 13,7 (dados preliminares de 2013). Atualmente possui 58 equipes de PSF, totalizando uma cobertura de 86% da população local, com 3 NASF, 2 CEO, 1 CAPS AD e outro CAPS (tipo II) e outro CAPS infantil em implantação, com uma UPA em funcionamento (única do Vale São Francisco) e uma outra em fase final de licitação. Possui o serviço especializado do SAMU, regionalizado e com 7 ambulâncias, sendo

2 de suporte avançado e participam de uma rede de regulação interestadual de leitos (pioneira no país), em conjunto com a microrregião de Petrolina (PE). II) Audiência com o Secretário Municipal de Saúde. Segundo o gestor local, o principal foco do município é a Atenção Básica e possuem profissionais ligados ao PROVAB e ao Mais Médicos (totalizando 9 médicos, sendo 1 cubano), com 3 unidades tipo NASF e 2 CAPS (1 CAPS AD e outro CAPS II). Atualmente estão viabilizando a reforma de 21 UBSF e que já possuem 9 projetos de novas construções para UBSF (já licitadas). Juazeiro realizou recentemente concurso público para cerca de 150 profissionais, sendo 80 vagas para médicos, porém com permanência de apenas 30% destes profissionais após o concurso, mesmo com valor de R\$8.000,00/mês. Mesmo assim, a cidade saiu de 2009 (com 86 médicos) para 289 médicos atualmente, por concurso público (SIC). A rede de atenção à saúde possui um sistema de Referência e Contra-Referência (SIC), mas com dificuldades na sua implementação principalmente com a Contra Referência. Possui ainda uma Rede de Telesaúde, com cobertura de cerca de 30% das equipes de saúde da família (SIC), mas devido a problemas de conexão com a web e problemas de segurança nas unidades, ainda não houve a implementação desta ferramenta na sua totalidade. Como rede hospitalar, possuem 3 unidades ligadas ao SUS: Hospital Regional (151 leitos e de responsabilidade do Estado e administrado atualmente pelo IMIP – OS); ProMatre (73 leitos, filantrópico, em parceria com uma entidade privada) e o Hospital Materno-Infantil (62 leitos, sendo também unidade de referência do Programa Rede Cegonha e com unidade de parto humanizado). O município possui muitas dificuldades em manter o quadro de profissionais na área básica, como pediatria, mas também de especialistas, principalmente nas áreas de neurologia, e possui assim um grande interesse em participar deste processo de autorização de curso de medicina em IES privada, mesmo que no município vizinho a UNIVASF já oferece o curso de medicina, com 40 vagas/ano e que os acadêmicos também desenvolvem estágio em algumas unidades de saúde de Juazeiro. Porém, com a possibilidade de um curso de medicina na cidade, há a afirmação dos gestores político (prefeito) e técnico (secretário municipal de saúde) de que não haverá conflito na utilização das unidades de saúde como campo de estágio tanto em Juazeiro e, se preciso for, há uma possibilidade concreta e real dos acadêmicos de Juazeiro utilizarem alguns estabelecimentos de saúde (principalmente hospitais) de Petrolina (PE), através da parceria e a pactuação interestadual já existente entre os dois municípios. Cabe ainda lembrar que os dois municípios (Juazeiro e Petrolina) compõem uma rede referenciada para cerca de 2 milhões de habitantes. Foram também fornecidas pelo setor de regulação e avaliação do SUS as seguintes informações sobre a capacidade instalada da rede hospitalar local: Especialidade: Cirurgia Geral: Hospital Regional de Juazeiro: 45 leitos; ProMatre: 26 leitos; Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 4 leitos. Especialidade: Clínica Médica: Hospital Regional de Juazeiro: 66 leitos; ProMatre: 36 leitos; Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 4 leitos. Especialidade: Obstetrícia: Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 12 leitos. Especialidade: Ginecologia: Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 30 leitos. Especialidade: Pediatria – clínico: Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 12 leitos. Especialidade: Pediatria – cirúrgico: Hospital Regional de Juazeiro: 6 leitos. Especialidade: Crônico: Hospital Regional de Juazeiro: 10 leitos. Especialidade: Pneumologia: Hospital Regional de Juazeiro: 4 leitos. Especialidade: UTI adulto: Hospital Regional de Juazeiro: 20 leitos; ProMatre: 11 leitos. TOTAL: Hospital Regional de Juazeiro: 151 leitos; ProMatre: 73 leitos; Hospital Materno-Infantil de Juazeiro: 62 leitos (Fonte: SMS Juazeiro). III) Audiência com o Prefeito Municipal. O prefeito agradeceu pela presença de toda a comissão do MEC e indagou se haveria alguma situação já presenciada pela comissão na visita que poderia inviabilizar a aprovação do município com o Curso de Medicina e lembrou da dificuldade em preencher as vagas de médicos, mesmo por concursos (somente 30% dos médicos aprovados permaneceram nas vagas do concurso realizado pelo município) e que em sua gestão a saúde e a educação foram priorizadas. Já tem a garantia do secretário estadual de saúde em colaborar na busca por mais recursos para o município. Houve o reforço de uma ideia em garantir uma quotização das vagas deste curso para inscritos moradores (no mínimo de 1 ano) ou provenientes do semiárido e houve o reforço ao prefeito de que realmente o município deverá estar preparado para ampliar o investimento na área da saúde. IV) Reunião Extraordinária com o Conselho Municipal de Saúde. Atualmente o CMS de Juazeiro é presidido pelo SMS, com 20 conselheiros, de composição paritária e que, durante a Reunião Extraordinária convocada para debater a viabilidade de sediar uma faculdade (privada) de medicina na cidade com a comissão avaliadora do MEC, 11 conselheiros titulares e 1 suplente estavam presentes. Os conselheiros presentes realizaram várias intervenções aos membros da Comissão Avaliadora do MEC, sendo prontamente esclarecidos. Algumas das preocupações mencionadas pelos conselheiros municipais foram: critérios de escolha dos municípios no processo; valor das mensalidades; forma de ingresso no curso de medicina; qualidade dos preceptores e limitação do campo de estágio existente atualmente com os alunos da UNIVASF e maneiras de como incentivar a permanência na região dos profissionais formados na cidade. O CMS aprovou por unanimidade a proposta de autorização do curso de medicina na cidade de Juazeiro. V) Visitas às Unidades de Saúde. a) 15/05/14 (1º dia da visita). Hospital Materno-Infantil. 59 leitos de maternidade. 20 leitos de pediatria. 3 consultórios ambulatoriais. há preceptor da UNIVASF 3 dias/semana, com média de 6 alunos/preceptor e na obstetrícia há 3 professores e na pediatria há 5.

30 doulas voluntárias do parto em abril/2014 realizaram cerca de 432 partos. UPA (tipo II). A única UPA em funcionamento do município promove cerca de 250 a 280 atendimentos/dia ou cerca de 8.000 atendimentos/mês, sendo cerca de 1.000 a 1.200 atendimentos como azul (na Classificação de Risco, feita por enfermeiro). Possui um quadro de plantonistas: 2 emergencistas, 2 pediatras e 3 enfermeiros, em regime 24x7. Há 4 consultórios para atendimento, 9 leitos de observação, 4 leitos para sala vermelha e 2 leitos de isolamento. Possuem 97 a 98% de resolatividade (SIC) e média de internação dos pacientes aguardando vagas na rede hospitalar de 3 dias, com carência principal de leitos de clínica médica e UTI. Na sala de estabilização havia 3 pacientes graves, sendo 1 intubado há 3 dias. SAMU. Referência para 10 municípios (na microrregião), possuem 4 médicos plantonistas (2 reguladores e 2 plantonistas nas unidades móveis) em regime 24x7. Dos 29 médicos da equipe, 15 possuem ATLS e todos os 13 enfermeiros possuem BLS. Em junho próximo, também será disponibilizado ACLS para os plantonistas, pelo QualiSUS. Atendem a 8.000 ligações/mês, sendo cerca de 2.000 trotes e possuem uma média de 1.800 saídas de ambulâncias da base, sendo cerca de 11% com unidade de suporte avançado. Funciona em conjunto com a Regulação Médica de Leitos Interestadual (pioneira para o Brasil), para 53 municípios. UBSF Jardim Flórida. Médica ausente (atestado médico) e fômos recebidos pelo enfermeiro da unidade. Há 1 consultório NASF e possui 1 dentista e foi observada uma pequena quantidade de medicamentos na farmácia (aguardando lote do Estado – SIC). b) 16/05/14 (2º dia da visita). Hospital Regional. Esta unidade de saúde é atualmente administrada pelo IMIP (OS) e a comissão avaliadora foi recebida pelo diretor de ensino e pesquisa (Dr. José Antônio) e pela superintendente (Dra. Cátia). Possuem cerca de 600 funcionários em regime de contrato CLT, sendo 70 médicos (CLT) e mais outro contingente extra em regime de prestação de serviço como pessoa jurídica. São 151 leitos com 100% atendimento SUS, sendo 10 leitos de UTI (Clínica Médica) e 10 leitos de UTI (pós operatório); possuem um auditório com tele-saúde (capacidade instalada para 40 pessoas) e uma biblioteca com acesso a vários portais web com 4 pontos de rede (inclusive 1 computador para acesso direto ao CAPES). No ambulatório, há 8 consultórios disponíveis para atendimento às seguintes especialidades das áreas básicas: a) Clínica Médica: Infectologia; Gastroenterologia; Cardiologia; Endocrinologia; Reumatologia; Hematologia; Oncologia e Pneumologia; b) Clínica Cirúrgica: Cirurgia Geral; Coloproctologia; Cirurgia Vascular; Cirurgia Plástica (para queimados); Cirurgia Oncológica e Urologia. O Pronto Atendimento é de porta aberta, atendendo cerca de 4.000 pacientes/mês, com realização de classificação de risco e cerca de 60% dos casos são classificados como azuis e verdes e mesmo assim, afirmam que toda a demanda é atendida no serviço. Há uma sala de atendimento para pacientes classificados como amarelos e outra sala para pacientes classificados como vermelhos. Possuem 3 plantonistas de clínica médica e 2 de cirurgia geral (em regime de 24x7), com suporte de 1 anestesiolista e 1 intensivista. Neste setor, há 18 leitos de observação com apenas 2 consultórios para atendimento, e que não foi observada nenhuma cadeira para acomodação dos pacientes e/ou dos acompanhantes e esta Instituição não possui rede assistencial ao atendimento para criança em situação de trauma (politraumatizada). Atualmente o centro cirúrgico possui 6 salas, sendo realizadas cerca de 300 cirurgias eletivas/mês e cerca de 200 cirurgias de urgência e emergência/mês. No setor de imagem, realizam os seguintes exames: Endoscopia Digestiva Alta; Colonoscopia; Espirometria; Ultrassonografia; Raios X; Tomografia (aparelho de 2 canais) e mamografia. O laboratório de análises clínicas funciona 24 horas e é terceirizado. Atualmente possuem os seguintes programas de residência médica: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Coloproctologia, Medicina Intensiva e Residência Multiprofissional (em fisioterapia, nutrição e enfermagem). Recebem cerca de 120 alunos/mês de várias áreas para estágio, sendo 20 a 30 alunos do curso de medicina da UNIVASF (para o internato e ultimamente de maneira irregular). Cabe ainda lembrar que os médicos preceptores recebem uma gratificação de 25% no salário base para realizarem preceptoria junto aos alunos, sendo que o IMIP realiza capacitação específica para os profissionais interessados anualmente. Há a solicitação de credenciamento dos seguintes serviços (aguardando o credenciamento pelo Estado): CPRE; broncoscopia; ostomizados; ecocardiografia; unidade de cirurgia reparadora e unidade de queimados (cirurgia plástica); além da solicitação formal para aquisição de equipamentos de ginásio de fisioterapia. Hospital ProMatre. Instituição Filantrópica, atualmente conveniada parcialmente ao SUS e que está sem a CND (só poderá ser emitida em julho/2014). No período da visita da comissão avaliadora do MEC, houve até manifestações de cerca de 50 funcionários (de um total de 405 funcionários) a respeito da falta de repasse da Prefeitura para o hospital, sendo que estes trabalhadores estão com os salários atrasados desde março/2014. O repasse ainda não foi efetuado e totaliza o montante de 2,4 milhões. O Pronto Atendimento possui 20 leitos de U/E, sendo que nas salas vermelha e amarela há 3 leitos cada e 14 leitos para atendimento a pacientes classificados como verde, 7 leitos de UTI geral (sendo 5 do SUS), 7 leitos de UTI Coronária (sendo 6 do SUS) e 8 leitos de hemodinâmica (realizam angioplastia pelo SUS). Este hospital possui credenciamento para Alta Complexidade em Cardiovascular (desde dez/2011) e em março/2014 também se credenciou em Cirurgia Endovascular. Atualmente, cirurgias cardíacas são realizadas quinzenalmente, produzindo de 5 a 10 cirurgias/mês. O centro cirúrgico possui 3 salas cirúrgicas, com 6 leitos de recuperação pós anestésica. Há ainda 20 apartamentos para atendimento a convênios e

outros 40 leitos para atendimento SUS. Durante a visita à unidade destinada aos pacientes SUS (terceiro andar) observou-se um cenário preocupante: dos 61 leitos destinados ao SUS, havia apenas 39 ativos, sendo que somente 10 leitos estavam ocupados (devido ao conflito entre a Instituição e a SMS) naquele momento. Há laboratório próprio de análises clínicas (24X7) e há convênio com o banco de sangue (HEMOBA). No setor de imagem são realizados os seguintes exames: EDA; Colonoscopia; USG; ECO; RX; Tomo e RNM. No setor ambulatorial, há 4 consultórios disponibilizados ao SUS, para atendimento de consultas para Cirurgia Geral, GO, Cardiologia e Cirurgia Vascular. Atualmente, possuem residência médica em cardiologia e recebem residentes de enfermagem da UNIVASF. CAPS AD. Esta unidade funciona provisoriamente em uma casa alugada, atendendo cerca de 15 pacientes/dia, com 1 psiquiatra (40h/semana), 1 psicólogo, 1 psicopedagoga, 1 artesã, 1 nutricionista e 1 assistente social como equipe multiprofissional da unidade. Possuem 4 salas/consultórios de atendimento e houve o compromisso do gestor local em deslocar esta unidade para um local de sede própria até setembro do corrente ano. Recebem estudantes de enfermagem, psicologia, assistente social, acadêmicos de medicina (estes últimos como visitantes) e do curso técnico de enfermagem. No município há uma equipe de saúde mental para área infanto-juvenil com 1 psiquiatra e 1 psicopedagoga (CAPS i) e possuem 164 crianças e adolescentes cadastrados e que no momento estão implantando um processo de educação permanente. Também foi mencionada uma séria questão de segurança na unidade em que funciona o CAPS II (alta periculosidade, com 19 assaltos no último ano). Rede de Atenção Básica. Ainda no segundo dia de visita, foram visitadas 3 unidades de PSF, sendo que a primeira possui 3 equipes de PSF (com péssimo estado de conservação, sendo que houve a promessa do gestor local em reformar imediatamente esta unidade, inclusive com o processo de licitação da obra em andamento). Na segunda UBSF, sede de 2 equipes de PSF, também foi observado um mau estado de conservação e que também houve o compromisso do secretário em realizar uma reforma urgente na mesma. Na última UBSF visitada, com 1 ano de inauguração, sede de 2 equipes de PSF, foi observado um melhor padrão de conservação. Em todas as unidades, não encontramos a equipe médica, somente a enfermagem responsável (sendo que o horário de visita foi de 10 horas da manhã até 12 horas) e o estoque da farmácia também apresentava uma grande deficiência em quantidade de medicamentos e variedade de fármacos. VI) Opinião Pessoal Conclusiva Em análise preliminar, independente e pessoal, este conselheiro tem o seguinte a relatar: Não se pode afirmar com total convicção que o município possui atualmente capacidade física instalada no que tange principalmente a rede hospitalar que permita o convívio concomitante de acadêmicos de 2 cursos de medicina (curso da UNIVASF com 40 vagas/ano e outro curso de uma IES Privada, com no mínimo de mais 40 vagas/ano) e que se observa a necessidade imperiosa de reforma ou ampliação ou até mesmo de construção de novas UBSF, buscando uma melhor estruturação da Atenção Básica, além de uma recomposição imediata dos medicamentos nas farmácias básicas e uma busca urgente da harmonia com a rede conveniada SUS.” A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** questionou se a UNIVASF tem curso de medicina. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** respondeu que o curso é em Petrolina e eles focaram na estrutura de Juazeiro, mas a rede PEBA utiliza a rede em conjunto. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** questionou se os alunos usam a mesma rede. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que há choque de alunos. Se o parecer for favorável espera que as vagas fiquem liberadas para o novo curso. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que os relatórios são encaminhados ao MEC pela CIRH. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore** informou a presença dos conselheiros Fernanda Benvenutty, presença importante, Paula Orola, da rede antitabagismo, Carlos Eduardo Ferrari, Liane Terezinha de Araújo Oliveira, e Adriano Macedo Félix. Disse que fora da residência a luta é pela melhoria do SUS. O Conselheiro **Sebastião Geraldo Venâncio** relatou a visita a São José dos Campos. Afirmou ser uma honra receber o comunicado para acompanhar a visita representando o CNS. Foi recebido pelo Secretário de Saúde em 7 maio, e lhes cederam sala com telefone. Participou de uma reunião do pleno do CMS que já fazia a discussão desde a inscrição da IES. A decisão foi unânime pela importância do curso e que não fique só nele, mas inclua a pesquisa porque o ITA está sediado nesse município. Sortearam uma UPA a ser visitada em contrariedade ao desejo do Secretário. Algumas possuem 15 anos. É administração indireta. Ressaltou a importância de ter o aluno do curso de medicina e que todos os cidadãos eram todos favoráveis. Ele mesmo morou um ano no hospital como paciente. Ele possui 400 leitos, sendo 62 de UTI e já possui residência. Esteve em uma reunião com os diretores e o corpo clínico e todos eram favoráveis à abertura do curso. Há um centro com biblioteca, sala de aula, área de descanso, 276 mil atendimentos **dados Aguardando documento**. Seguiram para a UBS, também contrariamente ao Secretário. A cidade possui 40 UBS. Ficaram emocionados na visita e perceberam a importância em ter aluno nessas unidades. Visitaram as outras unidades nos dias 8 e 9 com o prefeito. Ressaltou que todas as 40 UBS possuem conselhos gestores e estão empenhados para que os médicos lá se estabeleçam. Visitaram também uma UPA de saúde mental 24h. Informou que na quinta-feira anterior àquela reunião, em Brasília, a pastoral da saúde, entidade que representa, fez uma gravação de uma mesa de diálogo voltada aos candidatos à presidência que iria ao ar naquela data às 20h na rede vida. Houve fundação que afirmou ser necessário mais dinheiro para a saúde, que o problema era a falta de

gestão. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** falou sobre os desdobramentos dessas etapas e pediu ao Conselheiro André Luis Bonifácio de Carvalho que auxilie para que o MEC estreite relações com o CNS e o MS. É preciso regulamentar a participação do CNS nessas visitas por uma portaria interministerial, pois ainda é feito de maneira informal. Na última oficina temática que contou com a participação da presidente do CNS, representantes do MEC, MS, CIRH, DENEM, ABEMEC, foi ressaltado que ainda existem barreiras nas relações entre CNS e MS na institucionalização de novas práticas. Não há um conselheiro indicado para acompanhar essas visitas. É diferente participar da comissão de avaliação e meramente acompanhar tal comissão. É desejoso que seja integrado. É diferente a situação vivida pela Conselheira Nelcy Ferreira da Silva e pelo Conselheiro André Luiz de Oliveira. Isso demonstra a importância da existência de uma portaria interministerial institucionalizando a participação do CNS como membro da comissão de avaliação dos municípios e das IES, pois na portaria nº 2/MEC/2013 estava explícita a participação do CNS na avaliação de curso e no novo sistema ele não é citado na lei do Programa Mais Médicos. O MS agora é ouvido e não há menção ao CNS. A CIRH argumenta que há a previsão na Lei nº 8080/90 e da Constituição Federal, de participação do CNS, mas não é consenso no MEC nem há um acordo formal. O Conselho está participando, mas o pleiteou que na próxima RO o Ministro da Saúde articule com Ministro da Educação a publicação de uma portaria interministerial deixando explícita a participação do CNS, considerando não revogação dessas leis. A lei atual não impede participação e outros dispositivos legais a amparam. A CIRH pleiteou por escrito ao MEC, mas é preciso uma interação MS e MEC para o CNS participar do edital nº 2. Se não participar pode ter mais adiante dificuldade operacional nos cursos com grandes corporações privadas dominando cursos satélites. Esse edital ainda não foi publicado e a CIRH não participou da discussão a despeito de todas as reivindicações documentais. Reafirmou a necessidade e recomendação para validar esse pedido. O Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** comentou que a participação popular mostra o desrespeito e enganação da Presidência da República para com o povo que tem que mendigar para acompanhar um processo que a legislação determina. Pediu que na próxima reunião o MS trouxesse uma posição oficial do MS sobre a participação do CNS. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, "Santinha"**, elogiou a comissão por testar a metodologia de acompanhamento pelos conselheiros. Cada conselheiro pode se colocar ver as contradições do Brasil. Percebeu que o trabalho mostra o CNS se impondo ao MEC, o que é muito bom e está sendo feito com competência. Isso mostra o papel do Conselho. Em todos os locais apresentados houve recepção de prefeitos e Secretários de SAÚDE, um dado novo. Também fundamental presença do CMS, porque muitas vezes ele não tem conhecimento do hospital e do curso. No exemplo de Juazeiro o local é bonito, abre concurso e não tem candidato. E dos que foram aprovados só 30% permaneceram. Questionou como se trabalha essa questão e o papel do Programa Mais Médicos e dos médicos intercambista nesse local. Deve-se fazer a avaliação da ausência dessas pessoas. O Conselheiro **Eni Carajá Filho** ressaltou a questão epidemiológica, pois os dados que os prefeitos enviam para comissão são bons, mas no dia a dia o sistema é desestruturado. Eles se preparam para receber a comissão mostrando uma realidade diferente da que vivem os cidadãos. Questionou se há essa demanda na região sudeste, pois antes era o governo do estado quem autorizava abertura de cursos por decreto. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** em razão da preocupação com a hora pediu que se restringissem à questão da Conselheira Ivone Evangelista Cabral sobre relação CNS/MEC/MS. **Encaminhamento** proposto: **contato do Conselheiro André Luis Bonifácio de Carvalho com MEC para institucionalizar a participação do CNS na comissão de avaliação**. Disse acreditar ser suficiente. O Conselheiro **André Luiz de Oliveira** concordou com a Conselheira Ivone Evangelista Cabral no sentido de que se deve institucionalizar a presença. Sentiu em sua participação que isso é necessário. É preciso explicar ao MEC que o CNS vem para somar. No início os avaliadores não entendiam seu papel durante a visita e sua participação ficou prejudicada. Os avaliadores não têm experiência em saúde coletiva e por isso a presença do CNS é de suma importância. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** explicou que primeiramente é preciso entender que as dinâmicas dos dois ministérios são distintas. Já se avançou muito na relação. Agora que acompanha CNS vê que esse órgão tem um papel fundamental nesse processo, um espaço conquistado que precisa de institucionalização. Mas entende que **não só o representante do governo deve levar preocupação ao Ministro da Saúde, a mesa diretora tem reuniões frequentes com o ministro. Argumentou que pode antecipar o assunto com ele, mas a mesa diretora é quem deve levar a questão para ser debatida com ele.** Entende que o MEC tem a visão que o CNS e MS façam o pedido formal. Esteve em Parnaíba e ficou feliz em ver que o acerto do CNS em dar autorização ao curso em uma das reuniões anteriores. A estrada de acesso ao município é excelente e cidade que cresce e atrai grandes empresas. Com a chegada da universidade aumenta capacidade de progresso do município e ocorre a melhoria do sistema público. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou Lucimere Bezerra da Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS). Comentou ter visto uma boa apresentação do ex-reitor da Universidade da Bahia apresentada nas faculdades abertas da região do sul da Bahia. Chamou à atenção a rapidez da aprovação. Ele não soube dizer se tem aprovação do CNS, só lhe importava o MEC. Parece um bom

projeto, mas se incomodou que uma pessoa desse nível não conheça e não considere importante o olhar do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, informou que no momento de transição algumas coisas precisam ter uma solução imediata para não restringir o papel do conselheiro ao acompanhar a comissão de avaliação. Por isso é necessário ajustar a Resolução nº 350/CNS. Ela foi base para lei do Programa Mais Médicos e entende que ela não esteja tão desatualizada. Em 2º lugar é preciso capacitar os conselheiros nacionais e estaduais de imediato. Estão atacando no varejo, quando se precisa resolver em atacado. É importante a edição da portaria interministerial, mas ela é parte do reconhecimento. Se é papel do mais médicos, se é política de estado tem que ter a participação da sociedade nos processos. Há uma perspectiva enorme. A tarefa maior será depois que a universidade começar a funcionar. Outra questão é que se o foco é atenção básica não pode ter requisito de número de leitos. **Os Conselheiros Ivone Evangelista Cabral e Alexandre Medeiros de Figueiredo devem participar da próxima reunião da mesa diretora na qual deverão apresentar uma minuta por escrito da portaria interministerial que institucionaliza a participação do CNS no processo de avaliação criado pela lei do Programa Mais Médicos.** A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** corrobora o posicionamento do Conselheiro Abrahão Nunes da Silva. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** apontou que as equipes serão diferentes por sua composição, mas seu papel é igual. Deve-se unificar o processo. Ressaltou que em sua primeira vez com a equipe o entrosamento foi bom e sempre o deixavam fazer perguntas. O Conselheiro **Sebastião Geraldo Venâncio** perguntou se haveria nova visita depois de estabelecida a faculdade. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que será preciso verificar, porque nesse momento o CNS não tem papel nenhum. Na 2ª oficina foi revista toda a legislação. A observação de Maria Rosa Guimarães Loula – Diretora de Regulação da Educação Superior – MEC/SERES/DRES foi que a única portaria que fala do CNS será revogada nos próximos dias. No relatório da oficina foi apontado esse fato. Só a Lei nº 8142/90 ampara essa participação e não está claro. Só fala em abertura, reconhecimento e renovação, ao mudar o procedimento o CNS não está mais inserido no processo pela Lei. Ficou vazio, o que a preocupa. Informou que vai encaminhar proposta de resolução, de recomendação, o relatório da oficina e a análise dos marcos regulatórios. Ressaltou a necessidade do MS e MEC, recomendada pela Maria Rosa Guimarães Loula, da edição de uma portaria interministerial sobre o tema. As IFES têm edital próprio que não prevê a participação do CNS, mas elas têm requisitado sua participação nesse processo. ABEN e DENEM também. Passou então à análise dos pareceres da CIRH. Encaminharam com antecedência no prazo determinado e há apenas uma correção. Iniciou à leitura dos pareceres.

1) Referência: Processo nº 201302083. **Interessado:** Faculdade Brasileira de Tecnologia - FBT. **Curso:** Autorização do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** 1. A mantenedora do curso em análise: Trata-se da solicitação de autorização do curso de Odontologia, apresentada pela Faculdade Brasileira de Tecnologia - FBT, Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, com fins lucrativos, que pertence ao grupo UNIRB – Unidades de Ensino Superior da Bahia, cujo mantenedor da FBT é o Centro Universitário da Bahia Ltda, pessoa jurídica de direito privado - com fins lucrativos - Sociedade Mercantil/Comercial. O processo de credenciamento da FBT está em fase de análise pela SERES/MEC. A Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: contribuir para a construção de uma sociedade solidária e democrática, dentro dos princípios do estado democrático de direito e da liberdade, promovendo a formação integral, humanista e técnico-profissional dos membros da comunidade acadêmica da Instituição, nos vários campos de conhecimento humano. A IES de Feira de Santana (BA), sede do Curso ora proposto, informa no seu PDI infraestrutura para atender pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, atendendo, portanto, ao Decreto Federal Nº. 5.296/2004 que trata da acessibilidade. 2. O desempenho acadêmico da IES. A IES está também, com os processos de solicitação de autorização para os cursos de Enfermagem e Fisioterapia tramitando no Sistema e-MEC. Não apresenta Índice Geral de Cursos (IGC) contínuo da Instituição, pois encontra-se em fase de credenciamento como Faculdade isolada junto ao MEC. 3. O desenvolvimento regional do Município sede do curso objeto de análise. O município de Feira de Santana tem uma população estimada em 606.139 habitantes (IBGE/2013), em uma área territorial de 1.337,993 km². O Estado da Bahia possui uma população estimada em 15.044.137 habitantes (IBGE/2013). O IDHM do município corresponde a 0,712 e sua renda per capita é de R\$7.946,88 (IBGE/2010). 4. A capacidade da rede de saúde instalada. Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, o município de Feira de Santana possui 37 Equipes de Saúde Bucal implantadas com cobertura populacional de 21% e 1 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) (Maio/2014). Existem 97 Unidades Básicas de Saúde, 6 Hospitais gerais e 18 Hospitais de Especialidades, e 2 Postos de Saúde (Julho/2013). O município disponibiliza 1.074 leitos para o atendimento aos usuários do SUS e o Estado da Bahia oferece 24.911 leitos (CNES- MAIO/2014). 5. A disponibilidade de oferta de vagas para Cursos de Odontologia. No Estado da Bahia existem 12 IES (3 públicas e 9 privadas) que oferecem o curso de Odontologia e disponibilizam, anualmente, 1.420 vagas. No município de Feira de Santana existe uma IES pública estadual que oferta 40 vagas e na capital, Salvador, distante de Feira de Santana 116 km, localizam-se 6 IES que juntas disponibilizam 840 vagas. As demais vagas estão distribuídas em 5 municípios, que

são (com as respectivas vagas disponibilizadas e as distâncias até Feira de Santana): Cruz das Almas (100 vagas, 62 km); Lauro de Freitas (120 vagas, 113 km); Jequié (40 vagas, 251 km); Ilhéus (100 vagas, 349 km) e Vitória da Conquista (160, 403 km). II. O curso em análise. 1. As condições da FBT para ofertar o curso de Odontologia. A Faculdade se propõe ofertar 150 vagas anuais, turno matutino, em regime seriado, com entrada semestral, e tempo de integralização mínima de 10 semestres e máxima de 16 semestres, perfazendo um total de 4.180 horas. 2. O perfil do egresso. A IES explicita que pretende graduar um cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão das realidades social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atenção para a transformação da realidade em benefício da sociedade. 3. O corpo docente informado é composto por 18 professores: 9 doutores, 5 contratados em regime integral e 4, em regime parcial; e 9 mestres, sendo 2 contratados em regime integral e 7 em regime parcial. Consta no PDI da IES um plano de carreira docente. 4. O desenvolvimento do PPC. Conforme o PPC, o curso se constituirá de: a) 59 componentes curriculares obrigatórios e 01 componente optativo, que compõem a formação geral e básica da seguinte forma: 2900 horas de disciplinas com caráter teórico/práticas, 1120 horas de Estágio Supervisionado (atendendo ao previsto nas DCN), 80 horas de Trabalho de Conclusão de Curso; b) Estudos e experiências extracurriculares/ atividades complementares perfazendo um total de 100 horas, desenvolvidas ao longo do curso. Os Estágios Supervisionados estão previstos a partir do 3º ano com Estágio Curricular Supervisionado em Clínica de Diagnóstico em Odontologia; no 4º ano, o Estágio Curricular Supervisionado em Clínica Integrada I e no 5º ano, o Estágio Curricular Supervisionado em Clínica Integrada II. A metodologia de ensino descrita no PPC da IES compreende aulas expositivas, dialogadas e práticas, assim como o uso de diferentes recursos audiovisuais, visitas técnicas, minicursos e palestras, intercâmbios institucionais. O tamanho das turmas (50 alunos para as aulas teóricas), segundo a IES deverá permitir a realização de atividades em grupo, buscando o desenvolvimento de habilidade de trabalho coletivo e de exposição oral de problemas. As atividades práticas serão desenvolvidas sob a supervisão do Professor da disciplina atendendo as especificidades do curso. De acordo com a IES, todo estágio terá um profissional supervisor, que será o responsável técnico, legal e ético. Conforme descrito no PPC, por meio das atividades complementares, ao lado das disciplinas optativas, será permitido ao aluno autonomia para decidir como sua formação será complementada. A IES considera como atividades complementares: aproveitamento em programas de pesquisa; aproveitamento em programas de iniciação científica; participação em grupos de estudo; realização de monitoria; participação em seminários, congressos, palestras, simpósios; aproveitamento em cursos; aprovação em disciplinas de outros cursos da Instituição; aproveitamento em atividades de extensão oferecidas para a comunidade em geral; publicações; comunicações científicas; classificação em concursos de monografias; presença em defesas de monografias, dissertações e teses. O Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, de acordo com o PPC da IES previsto no currículo da FBT e com Regulamento próprio, será resultado de um processo gradativo de construção de conhecimento e de trabalho em pesquisa iniciado no primeiro semestre e desenvolvido durante todo o curso. A carga horária prevista para a disciplina TCC no curso é de 80 horas. Para o desenvolvimento das atividades de laboratório do curso de Odontologia, a FBT afirma que será dotada de 01 (um) Laboratório de Movimento, 01 (um) Laboratório de Postura e Marcha e 01(um) Laboratório de Termoeletrofototerapia. A IES informa estar dotada de diferentes laboratórios de ensino para os cursos da área da Saúde, sendo 04 aproveitados para disciplinas incluídas no Curso de Odontologia, que são: Laboratório de Anatomia Humana; Laboratório de Microscopia; Laboratório de Bioquímica e Fisiologia; Laboratório de Física: utilizado para realização de aulas práticas da disciplina Biofísica. A FBT declara que possui 15 laboratórios específicos de Odontologia, que são: os ambulatórios de clínica integrada; a sala de atendimento de urgência; laboratórios de dentística e prótese; laboratório de radiologia; laboratório de prótese e bio-materiais. Informa que está prevista a implantação de mais 25 laboratórios e que dispõe dos Manuais de Biossegurança em Laboratórios e o de Gerenciamento dos Resíduos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 5. Cumprimento aos requisitos legais obrigatórios: As Lei nº 9.795, de 27/04/1999, Decreto Nº 4.281 de 25/06/2002, Resolução CNE/CP Nº 01 de 17/06/2004, Decreto Nº. 5.626, de 22/12/2005, Lei nº 11.645 de 10/03/2008 são atendidos na estrutura curricular somente a oferta de disciplina optativa de Libras com carga horária de 60 horas. III. Dos fundamentos do Parecer. 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Não há documentação disponibilizada no sistema e-MEC referente à assinatura de Termo de Convênio e/ou Termo de Compromisso entre a IES e as Secretarias Municipais de Saúde da Região, para a utilização da rede de serviços instalada e de outros

equipamentos sociais existentes (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90). Os avaliadores do INEP relatam que no PPC está caracterizada a integração com o SUS, e que foram apresentadas intenções de convênio; b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Não há registro da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. Não há indicação de que o aluno se inserirá na comunidade no primeiro ano do curso. Os estágios iniciam-se a partir do 3º período. d) A necessidade social para abertura de um novo curso de odontologia no Município. O município de Feira de Santana (BA) já conta com um curso estadual que disponibiliza 40 vagas, compatível com a estrutura de saúde pública existente a ser usada como campo de ensino e aprendizagem. Somando-se o número de vagas ofertadas por IES de municípios próximos, há uma disponibilidade de 1.060 vagas para o curso de Odontologia. Ademais, a IES não justifica a necessidade social em saúde para abertura de outro curso naquele Município. e) A coerência entre o PPC e sua implementação. As atividades práticas de formação priorizam pouco o enfoque na atenção básica em unidades básicas de saúde, ficando restrito a atividades do estágio em saúde coletiva no 8º período do curso, embora O Relatório de avaliação aponta que “a estrutura curricular apresenta componentes que caracterizam uma especialização precoce, unidades curriculares estanques e isoladas que contemplam PARCIALMENTE a formação generalista”. f) O corpo docente informado (18 professores) foi considerado como insuficiente para atender ao número de vagas, 150, o que pode comprometer a qualidade do curso; g) Sobre a infraestrutura do curso Por sua vez, os laboratórios didáticos especializados implantados atendem de maneira INSUFICIENTE aos aspectos quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas pretendidas; e que os laboratórios descritos no PPC não apresentam os equipamentos/modelos/lâminas de aprendizagem específicos para Odontologia que pudessem corresponder satisfatoriamente às ementas das unidades curriculares e a quantidade de vagas previstas para os 2 primeiros anos de curso; h) Não possui Índice Geral de Curso (IGC), por encontrar-se em fase de credenciamento. i) Possui Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos credenciado pela CONEP. IV. **Parecer Final.** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é INSATISFATORIO a abertura do curso de Odontologia, do município de Feira de Santana (BA), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: Aprovado.** Explicou que somente o curso de medicina exige comitê de ética ou convenio com comitê homologado pela CONEP. 2) **Referência:** Processo nº 201209749. **Interessado:** Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa/PB. **Fundamentos do Parecer:** 1. A mantenedora do curso em análise: Trata-se de solicitação de autorização do curso de Medicina, apresentada pelo Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, sem fins lucrativos, cujo mantenedor é o Institutos Paraibanos de Educação, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, associação privada. O Sistema e-MEC registra um ato regulatório de credenciamento da IES ocorrido por meio do Decreto Federal Nº 72568, de 2/8/1973, publicado no D.O.U., em 3/8/1973 e dois de credenciamento: 1º) Portaria MEC Nº 3.272, de 18/10/2004, publicada no D.O.U., em 19/10/2004; 2º) Portaria MEC Nº 909, de 6/7/2012, publicada no D.O.U., de 9/7/2012. A Instituição de Ensino Superior (IES) informa no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: formar profissionais aptos à inserção em empresas, setores profissionais e artísticos, visando poder contribuir para ampliar os horizontes intelectuais e para a formação adequada desse contingente de alunos, tendo presente a ética e a qualidade de ensino. A IES informa no seu PDI infraestrutura para atender pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, atendendo, portanto, ao Decreto Federal Nº. 5.296/2004 que trata da acessibilidade. 2. O desempenho acadêmico da IES: A IES oferta cursos de graduação e de pós-graduação, sendo na área da saúde: 2 cursos de Educação Física, 1 de licenciatura (ENADE=3; CPC=4; CC=3) e 1 de bacharelado (ENADE=SC; CPC=-SC; CC=4); Enfermagem (ENADE=3; CPC=3; CC=5); Fisioterapia (ENADE=SC; CPC=SC; CC=3); Fonoaudiologia (ENADE=3; CPC=SC; CC=4); Odontologia (ENADE=SC; CPC=SC; CC=4); Psicologia (ENADE=3; CPC=4; CC=-), todos com reconhecimento de curso concluído. O Índice Geral de Cursos contínuo (IGC) da Instituição é 255 (0 a 500), o que corresponde ao IGC faixa 3 (1 a 5). 3. O desenvolvimento regional do Município sede do curso em análise: A IES localiza-se no município de João Pessoa, no Estado da Paraíba. O Estado possui uma população estimada em 3.914.421 habitantes (IBGE/2013) e o município de João Pessoa, uma população estimada em 769.607 habitantes (IBGE/2013), ocupando uma área territorial de 211,475 km2. O IDHM do município corresponde a 0,763 (PNUD-2010) e sua renda per capita é de R\$ 11.577,84 (IBGE/2008). 4. A capacidade da rede de saúde instalada: Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica o município de João Pessoa possui 4 CAPS (março/2014), 20 NASF e 175 Equipes de Saúde da Família com cobertura populacional de 81,78%, 2 Unidades de Pronto Atendimento, 175 Unidades Básicas de Saúde, com cobertura populacional de 81,72% e 14 Hospitais gerais e 25 Hospitais especializados (março/2014). São disponibilizados ao SUS, para o estado, 7.691 leitos e para o município, 2.324 leitos (CNES- maio/2014). 5. A disponibilidade de oferta de vagas para Curso de Medicina. No Estado da Paraíba existem 06 IES (02 públicas e 04 privadas) que oferecem o curso de Medicina totalizando, ao ano, 710 vagas. No

município de João Pessoa existem 3 IES (1 pública e 2 privadas) que disponibilizam por ano 350 vagas. No município de Campina Grande, que dista de João Pessoa 157 km, são oferecidas 190 vagas e, em Cajazeiras, que dista 480 km de João Pessoa, são oferecidas 170 vagas, ao ano. A relação do número de vagas e número de médicos, por habitante, por Unidade da Federação, no Estado da Paraíba, conforme a Portaria Normativa nº 2, de 1º de fevereiro de 2013, Anexo I, corresponde a: 1,26 nº de vagas por 10.000 habitantes; 1,17 nº de médicos por 1.000 habitantes. II. O curso em análise. 1. As condições da UNIPÊ de ofertar o curso de medicina: A IES se propõe ofertar um total de 100 vagas anuais, para o período integral, com entrada semestral. A carga horária prevista é de 8.060 horas, com previsão de integralização do curso mínima de 12 semestres e máxima de 18 semestres. 2. O perfil do egresso do curso de medicina constante no PPC. A IES explicita que propõe formar um médico qualificado, capaz de: pautar sua conduta pessoal e profissional pelos padrões éticos; escutar; construir uma história clínica; integrar os conhecimentos das ciências básicas na interpretação dos dados com vistas à elaboração de hipóteses diagnósticas e tomada de decisões de natureza terapêutica; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças prevalentes da gestante, da criança, do adulto e do idoso encaminhando corretamente os pacientes portadores de enfermidades cujo diagnóstico e/ou tratamento fogem ao alcance do médico com formação geral; realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências; atuar em diferentes níveis de atenção à saúde física e mental, com ênfase nos atendimentos primário e secundário; buscar informações que alimentem seu contínuo aprendizado; exercer com plenitude seus deveres e direitos de cidadão, intervindo na realidade social, especialmente no que se refere às políticas e ações de saúde, contribuindo para a construção de uma sociedade mais solidária. 3. O corpo docente: O corpo docente informado é composto por 26 professores: 9 doutores, sendo 6 contratados em regime integral e 3 contratados em regime parcial; 11 mestres, 4 contratados em regime integral, 6 contratados em regime parcial e 1 contratado em regime hora/aula; e 6 especialistas, sendo 2 contratados em regime integral e 4 contratados em regime parcial. Consta no PDI da IES, um Plano de Carreira Docente. 4. O desenvolvimento do PPC: De acordo com o PPC da IES, a estrutura curricular prevista para o curso de Medicina, do UNIPÊ, contempla os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total e articulação da teoria com a prática. O curso está organizado em 12 períodos letivos com carga horária total obrigatória de 8.060 horas, incluídas 220 horas de Atividades Complementares, 80 horas de TCC e 3.160 horas de Estágio Supervisionado obrigatório, além de componentes curriculares optativos. Os conteúdos dos componentes curriculares, de acordo com a IES, são interligados entre eles e com a temática de cada semestre do curso, distribuídos de forma inter-relacionada com o contexto do processo saúde e doença do cidadão, família, comunidade paraibana, à realidade epidemiológica e profissional, buscando proporcionar a integralidade das ações. Esses conteúdos deverão ser complementados por atividades extraclasse definidas e articuladas com o processo global de formação dentro de uma abordagem por competência, que segundo a IES, é utilizada na proposta pedagógica do curso, visando o desenvolvimento da capacidade de investigação. A complementação da carga horária prevista no PPC envolve atividades acadêmicas de caráter formativo, com atuação direta e indireta dos docentes, nas quais o discente se coloca como sujeito ativo do seu processo de formação. A metodologia de desenvolvimento do trabalho pedagógico proposta pela IES prevê a integração entre os campos do saber e a interdisciplinaridade dos componentes curriculares, por meio da articulação entre a aprendizagem teórica e a prática profissional, de maneira contínua. São propostas para o curso atividades que possibilitem proporcionar o contato do estudante, desde o primeiro período, com o cenário de prática por meio de visitas técnicas, práticas aplicadas, realização de entrevistas e pesquisas. Nessa perspectiva, a proposta metodológica do currículo do curso propõe uma Atividade Integrada (Projeto Integrador-PI e Seminário Intermodular-SI) de conhecimentos, escolhido dentre os componentes do semestre letivo, com a finalidade de articular e congregar as contribuições ofertadas pelos professores de cada período. Os temas norteadores para cada semestre são indicados em reuniões de planejamento. Atividade Integrada se constitui conforme o PPC da IES, em uma estratégia de interação da teoria com a prática do curso, que visa a construção de um “Trabalho Integrado” como elemento conclusivo do processo pedagógico. O PI elaborado no decorrer do semestre e coordenado, no primeiro ano do curso, por um dos professores dos Componentes Curriculares, abrangerá os saberes ali abordados, somados às experiências práticas do contato com a realidade; nos três anos seguintes, esta Atividade Integrada será intensificada e orientada pelos docentes dos SI à luz das temáticas que contemplem a maioria dos Componentes Curriculares. Todas estas atividades deverão resultar em um produto a ser apresentado pelos discentes ao término de cada período. As principais metodologias ativas aplicadas ao curso conforme afirma a IES são: componentes curriculares vistos de forma integrada, percebidos e trabalhados, numa perspectiva interdisciplinar, buscando o inter-relacionamento entre as áreas do conhecimento; contextualização pelos docentes dos conteúdos da área a partir de situações-problemas da realidade local, regional e nacional; realização de atividades práticas e experimentais. Para o desenvolvimento dessa abordagem a IES destaca as seguintes ferramentas: exposições;

leituras; pesquisas; aulas práticas; práticas em campos de atuação; trabalhos em equipe; discussões e debates; relatórios, práticas pedagógicas; estágios supervisionados. No Estágio Curricular Supervisionado em Medicina, ou Internato, de acordo com o PPC da IES são previstas a realização das atividades em Unidades Ambulatoriais, na Rede Básica de serviços de saúde, nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, nas comunidades e em Hospitais Gerais e Especializados. A IES prevê para o Internato 3.160 horas, distribuídas em cinco grandes áreas: Saúde Coletiva, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, e Pediatria, integralizadas nos quatro últimos semestres letivos (9º, 10º, 11º e 12º períodos) do curso. Em todas essas áreas, a metodologia de prática supervisionada deverá ser utilizada. Dessa carga horária (3.160 h) a IES prevê 10% para atividades teóricas, que deverão ser paralelamente desenvolvidas em forma de seminários, apresentação de casos clínicos, análise de artigos de periódicos e o Trabalho de Conclusão de Curso. O Estágio Curricular Supervisionado do Curso será coordenado por um docente e estará subordinado ao Regulamento do Estágio Curricular Supervisionado, da Política Institucional de Estágio da IES. Para as Atividades Complementares, a IES prevê possibilitar a flexibilização e o aprofundamento temático e interdisciplinar, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e ou à distância, como cursos realizados em áreas afins, monitoria, projetos de pesquisa, estágios voluntários e programas de extensão. Está previsto que o aluno deverá cursar 220 horas de Atividades Complementares no decorrer da sua formação. O aproveitamento das Atividades Complementares encontra-se conforme a IES respaldado na Resolução nº 14 de 2008 do CONSEPE, a qual contempla cinco grupos principais: Atividades de Ensino e Técnico-Científicas; Atividades Assistidas; Atividades de Extensão; Atividades de Pesquisa e Atividades de Vivência Acadêmica Profissional Complementar. Desde o primeiro período, o aluno poderá participar dessas atividades e integralizar suas pontuações. De acordo com a política institucional do UNIPÊ, o Curso de Medicina oferecerá o TCC, em forma de Monografia, como Componente Curricular Obrigatório, que terá um docente como responsável (Coordenador). Para disciplinar a organização desses trabalhos, o UNIPÊ afirma que elaborou normas que asseguram junto à comunidade acadêmica, as orientações/atendimento em todas as etapas que envolvem a tarefa. O curso, de acordo com o PPC buscará favorecer a institucionalização de métodos e práticas de ensino e aprendizagem inovadoras, apoiadas no uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), visando criar uma cultura acadêmica que considere tais recursos como instrumentos otimizadores da aprendizagem individual ou em grupo. A IES declara que as Tecnologias de Informação e Comunicação estão disseminadas e já incorporadas ao cotidiano da instituição. O ensino e a aprendizagem estão integrados ao uso de TICs, incorporados no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) Moodle, já funcionando no UNIPÊ. O Curso de Graduação em Medicina, como os demais cursos da Área da Saúde da IES, conforme descrito no PPC estará embasado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) local e regional. Para tanto, a IES declara que firmou convênios com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde e que os alunos do futuro curso de Medicina do UNIPÊ, desde os primeiros períodos, serão levados a se inserirem em um território da Estratégia Saúde da Família e na Rede de Atenção Básica à Saúde e, em graus crescentes de complexidade. Os discentes serão treinados e capacitados para a conduta frente às diversas situações e condições clínicas, dentre os agravos na realidade epidemiológica da região. O modelo pedagógico proposto fundamenta-se na metodologia interativa, com práticas interdisciplinares e possibilidades de atividades acadêmicas, em cenários comunitários e nos serviços de saúde cotidianos. A integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS, de acordo com o PPC da IES, formalizada por meio de convênios, prevê a relação de alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso inferior a 2. O PPC da IES prevê integrar os demais cursos da área da saúde que oferece (Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Odontologia) por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão, nas quais os alunos dos diversos cursos experimentarão atividades multiprofissionais e interdisciplinares, em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde e MEC. A IES conforme consta no PPC buscará uma formação generalista e humanista dos profissionais, integrando os estudantes à equipe multidisciplinar de cuidados à saúde, com ênfase nas necessidades específicas das regiões onde o UNIPÊ está inserido. Para tanto, priorizará a prática profissional, inserindo o estudante em cenários comunitários e serviços de saúde que prestam atendimento de baixa complexidade. Os elementos da aprendizagem serão, conforme o PPC da IES, as situações-problema de saúde-doença que devem ser enfrentadas na prática profissional. De acordo com a IES, os convênios assinados com as instituições deverão garantir a troca de experiências e de conhecimentos entre os futuros profissionais da medicina e os médicos (preceptores) que já atuam in loco. Todas as atividades de assistência médica por parte do aluno deverão ser supervisionadas por um docente e acompanhadas por preceptor, vinculados ao UNIPÊ, que acompanharão os alunos numa proporção de 2:1 (alunos por professor/preceptor). A porcentagem dos docentes responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes, que se responsabilizará pela supervisão da assistência médica a elas vinculadas, de acordo com o PPC da IES, é igual a 100% (11 docentes), sendo que 7 desses docentes (63,64%) supervisionarão e serão responsáveis pelos serviços clínico-cirúrgicos

frequentados pelos alunos. A rede de assistência à saúde do município de João Pessoa conveniada conforme descrito no PPC compreende Unidades de Saúde, assim distribuídas: Unidades do Programa de Saúde da Família - USF (180); Centros de Saúde - CS (07); Centros de Atenção Integral à Saúde – CAIS (03); Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (05); Centros Especializados (07); Hospitais Municipais (04). São citados também os serviços relacionados com os cenários de prática disponibilizados ao curso: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, Banco de Leite Anita Cabral, Central de Regulação de Serviços de Saúde, Farmácia Popular, Hemocentro, Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais, Vigilância Epidemiológica Municipal e a Divisão de Vigilância Sanitária. Vinculados à rede de saúde do Estado da Paraíba, por meio da Secretaria de Saúde de Estado, encontram-se mais sete unidades hospitalares: Hospital Infantil Arlinda Marques, Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira; Maternidade Frei Damião, Complexo de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, Hospital Edson Ramalho, Sanatório Clifford e o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. A IES ressalta que toda a estrutura de Serviços, Ações e Programas, disponível nas redes de saúde Municipal e Estadual, excede àquela necessária para a implantação e o funcionamento adequado do Curso de Graduação em Medicina. Como principal hospital escola conveniado cita o Hospital Santa Isabel, que segundo informa a IES, trata-se de um hospital geral, da esfera administrativa municipal, localizado na região central da cidade. O mesmo apresenta instalações físicas para assistência ambulatorial e internação hospitalar em diversas especialidades médicas (clínica médica, pneumologia, nefrologia, urologia, neurologia, cardiologia, hematologia, endocrinologia, radiologia, cirurgia torácica, cirurgia geral, neurocirurgia e ortopedia e traumatologia), prestados por mais de 300 profissionais (médicos e outros) vinculados ao SUS. O Hospital Santa Isabel, de acordo com o PPC da IES conta com: Unidade de Terapia Intensiva (duas), laboratórios de exames complementares e serviço de diagnóstico por imagem, serviço de farmácia, serviço de endoscopia, serviço de fisioterapia e reabilitação, serviço de transplante de órgãos, serviço de atenção em saúde bucal, serviço de citopatologia, serviço de arquivo e documentação médica etc. A IES afirma que o citado Hospital Municipal apresenta condições “muito boas” para a formação do discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIPÊ. O Plano Pedagógico e os cenários de práticas/estágios previstos, de acordo com a IES estão organizados numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, que contempla um Sistema de Referência e Contra-Referência, funcionando de maneira excelente, assegurando integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, que deverá permitir o atendimento e acompanhamento dos pacientes pelos discentes, nos diversos níveis de complexidade. O UNIPÊ, informa que disponibilizará os serviços de saúde da IES, essenciais e complementares para a integralidade do cuidar, para otimizar a assistência da população, com uma equipe multiprofissional, por meio do Sistema de Referência e Contra-referência, no próprio campus, entre as Clínicas-Escolas. A IES declara que os Laboratórios são dotados de todos os materiais, equipamentos e instrumentos necessários ao cumprimento da técnica e dos princípios éticos para o uso de animais de laboratório, recomendados pela Sociedade Brasileira de Ciência em Animais de Laboratório (SBCAL / COBEA), seguindo os princípios da Declaração Universal dos Direitos dos Animais – UNESCO e dos Códigos de Nüremberg e Helsinki. Os protocolos dos experimentos previstos, prevendo procedimentos, equipamentos, instrumentos, materiais e utilidades, devidamente aprovados pelo comitê de ética da instituição ou formalmente conveniados são explicitados e desenvolvidos plenamente para a orientação das atividades práticas desenvolvidas nos ambientes/laboratórios de formação geral/básica e profissionalizante/específica, garantindo o respeito das normas internacionalmente aceitas. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ foi instituído pela Resolução do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CONSEPE/UNIPÊ Resolução nº 58 de 11 de outubro de 2007, tendo seu Regimento interno aprovado na 8ª Reunião Ordinária realizada no dia 19 de Agosto de 2008. Este Comitê foi constituído nos termos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e está credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Este CEP, conforme a IES atende aos dezesseis cursos entre graduação e tecnológicos, bem como aos cursos de pós-graduação lato sensu, sendo que a maior demanda de projetos refere-se aos cursos da Área de Saúde. O CEP/UNIPÊ, conforme descrito no PPC, comporta em sua estrutura um espaço físico com condições adequadas para o seu funcionamento, provido de equipamentos básicos necessários ao desenvolvimento das suas atividades. 5. Cumprimento aos requisitos legais obrigatórios: A Lei nº 9.795, de 27/04/1999, o Decreto Nº 4.281 de 25/06/2002, a Resolução CNE/CP Nº 01 de 17/06/2004, o Decreto Nº. 5.626, de 22/12/2005, a Lei nº 11.645 de 10/03/2008 são atendidos na estrutura curricular da seguinte forma: a) a IES oferece o componente curricular LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) ofertado com 60 (sessenta) horas, como componente optativo; b) o curso prevê trabalhar o tema sustentabilidade, com o objetivo de aprimorar a capacidade do discente para o processo de cuidar da pessoa e da coletividade, na perspectiva da sustentabilidade, bem como os temas sobre a Educação das Relações Étnico-Raciais e o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. III. Dos fundamentos do Parecer. 1. Dos dados que constam no e-MEC e relatório do INEP (18/09/2013) e

considerando que a vinculação entre educação, trabalho e práticas sociais deve ser meta obrigatória da educação superior e as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS devem constituir-se em referência para propor o perfil profissional a ser formado e o projeto político-pedagógico, conforme a Recomendação nº 29, de 12 de dezembro de 2012, do CNS em sua 240ª RO, de 11 e 12 de dezembro de 2012, bem como o que preconiza a Resolução CNS/MS Nº 350, de 09/07/2005, ambas disponibilizadas na página do CNS/MS, tem-se a destacar que: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de Saúde, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27, da Lei 8080/90). Os convênios e parcerias formalizados com a prefeitura municipal de João Pessoa e Cabedelo, com o Estado da Paraíba e a Universidade Federal da Paraíba, não prevê o compartilhamento dos cenários que são multiuso: Hospital Infantil Arlinda Marques e o Instituto Cândida Vargas onde três outras faculdades utilizam o espaço e o Hospital Geral Santa Isabel, onde duas outras faculdades de Medicina utilizam como campo de estágio. A IES declara que a estrutura de serviços, ações e programas, disponível nas redes de saúde municipal e estadual, devidamente formalizada, excede a necessária para a implantação e o funcionamento adequado do curso, o que denota uma relação mínima de 5,69 leitos para cada vaga ofertada; b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Há indicação da utilização das considerações e preceitos dos gestores locais e regionais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90. A instituição apresenta documentação que a possibilita atuar em toda rede do SUS e com exclusividade no Hospital Geral Santa Isabel. O sistema de referência e contra-referência implantado funciona muito bem e o aluno terá possibilidade de acompanhar o paciente; c) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais e regionais. Há integração do curso com o SUS conforme descrito no PPC da IES e de acordo com o Relatório do INEP (09/11/2013), que deve permitir a inserção dos discentes na rede municipal e estadual de saúde do SUS. A IES menciona os campos de prática e prevê a relação de alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso inferior a 2, o que deve possibilitar orientação e acompanhamento adequados dos alunos nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); d) Hospital de ensino certificado pelo MEC. A IES afirma que o Hospital Municipal Santa Isabel conveniado apresenta condições “muito boas” para a formação do discente do Curso de Graduação em Medicina do UNIPÊ. Os avaliadores do INEP constataram que não há hospital de ensino certificado no MEC/MS e que na Paraíba existem apenas dois hospitais certificados que são da UFPB e UF Campina Grande; e) O corpo docente informado está composto por 26 professores: sendo que 76% possui titulação strictu sensu e 46% estão contratados em regime de trabalho integral, e de acordo com o Relatório de avaliação do INEP (9/11/2013), 48% dos professores previstos serão responsáveis pela supervisão médica; f) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso: O PPC prevê a inserção do aluno nos cenários de prática do SUS, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; g) Adoção de metodologia ativa está prevista na estrutura curricular do curso; h) Sobre a infraestrutura do curso os avaliadores do INEP atribuíram conceito 3, 8 (com variação de 1 a 5) na respectiva Dimensão avaliativa do Relatório da visita in loco realizada no período de 6 de novembro de 2013 a 9 de novembro de 2013; i) O Comitê de Ética em Pesquisa está regularmente constituído e homologado pelo CONEP, segundo informa a IES e os avaliadores do INEP observam que o CEP funciona de forma ativa; j) A IES apresenta IGC contínuo 255 (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), que equivale a faixa 3, com variação de 1 a 5, e Conceito Instituição igual a 4. O curso de medicina foi avaliado com conceito final 4 (quatro) pelos avaliadores do INEP. IV. **Parecer Final.** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à autorização do curso de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, do município de João Pessoa/PB, com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. 3) **Referência:** Processo nº 201300191. **Interessado:** Faculdade Integrada Tiradentes – FITs, Maceió (AL). **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. A mantenedora do curso em análise. Trata-se de solicitação de autorização do curso de Medicina, apresentada pela Faculdade Integrada Tiradentes - FITs, Instituição de Ensino Superior (IES) de caráter privado, com fins lucrativos, cuja mantenedora é a Sociedade de Educação Tiradentes S/S Ltda, pessoa jurídica de direito privado - com fins lucrativos - sociedade civil. A IES foi credenciada por meio da Portaria Nº 963, em 24/04/2006, publicada no D.O.U., em 02/05/2006, e reconhecida pela Portaria Nº 505, em 12/06/2013, publicada no D.O.U., em 13/06/2013. Informa no seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) que tem como diretriz: "formar pessoas empreendedoras que sejam reflexivas, críticas e criativas, comprometidas com a transformação social e com o desenvolvimento regional". A IES informa no seu PDI infraestrutura para atender pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, atendendo, portanto, ao Decreto Federal Nº. 5.296/2004 que trata da acessibilidade. 2. O desempenho acadêmico da IES. A IES oferta cursos de graduação e de pós-graduação, nas modalidades presenciais e à distância, sendo na área da saúde: Biomedicina (ENADE=SC; CPC=SC; CC=4); Ciências Biológicas (ENADE=3;

1760 CPC=SC; CC=4) 2 cursos de Educação Física, 1 de bacharelado e 1 de licenciatura (ENADE=-; CPC=-;
 1761 ; CC=-; início em fevereiro/2014); Enfermagem (ENADE=SC; CPC=SC; CC=4); Fisioterapia
 1762 (ENADE=SC; CPC=SC; CC=4); Nutrição (ENADE=-; CPC=-; CC=-; início em janeiro/2013);
 1763 Odontologia (ENADE=-; CPC=-; CC=4); Psicologia (ENADE=3; CPC=3; CC=5); Serviço Social
 1764 (ENADE=4; CPC=4; CC=5). Com exceção dos cursos de Educação Física e Nutrição, os demais
 1765 apresentam reconhecimento de curso concluído. O Índice Geral de Cursos da Instituição (IGC)1
 1766 contínuo é de 280 (0 a 500), o que corresponde ao IGC faixa 3 (1 a 5). 3. O desenvolvimento regional
 1767 do Município. O curso proposto localiza-se no município de Maceió, no Estado de Alagoas. O Estado
 1768 possui uma população estimada em 3.300.935 habitantes (IBGE/2013) e o município de Maceió, uma
 1769 população estimada em 996.733 habitantes (IBGE/2013), ocupando uma área territorial de 503,073
 1770 km2. O IDHM do município corresponde a 0,721 (PNUD-2010) e sua renda per capita é de R\$
 1771 9.510,48 (IBGE/2008). 4. A capacidade da rede de saúde instalada. Segundo dados da Sala de Apoio
 1772 à Gestão Estratégica/MS o município de Maceió possui 4 CAPS (3 CAPS II e 1 CAPS ad 24h)
 1773 (março/2014), 4 NASF e 85 Equipes de Saúde da Família com cobertura populacional de 30,78%, 52
 1774 Unidades Básicas de Saúde, com cobertura populacional de 45,88%, 16 Hospitais gerais e 28
 1775 Hospitais especializados (março/2014). São disponibilizados ao SUS, para o estado, 5.254 leitos e
 1776 para o município, 2.495 leitos (CNES- maio/2014). 5. A disponibilidade de oferta de vagas para Curso
 1777 de Medicina. No Estado de Alagoas existem 3 IES (2 públicas-130 vagas e 1 privada-100 vagas) que
 1778 oferecem o curso de Medicina, totalizando 230 vagas, ao ano. As 3 IES estão localizadas no município
 1779 de Maceió. A relação do número de vagas e número de médicos, por habitante, por Unidade da
 1780 Federação, no Estado de Alagoas, conforme a Portaria Normativa nº 2, de 1º de fevereiro de 2013,
 1781 Anexo I, corresponde a: 0,45 nº de vagas por 10.000 habitantes; 1,12 nº de médicos por 1.000
 1782 habitantes. (O IGC é um indicador de qualidade de instituições de educação superior que considera,
 1783 em sua composição, a qualidade dos cursos de graduação e de pós-graduação (mestrado e
 1784 doutorado), por meio do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), do CPC
 1785 (Conceito Preliminar de Curso) de todos os cursos da IES e da Nota Capes que expressa os
 1786 resultados da Avaliação dos Programas de Pós-graduação.) II. O curso em análise 1. A proposta da
 1787 IES para abertura do curso de Medicina. A IES propõe ofertar um total de 100 vagas anuais, para o
 1788 período integral, com entrada semestral. A carga horária prevista é de 8.940 horas, a serem cumpridas
 1789 no mínimo em 6 anos e no máximo, 9 anos. 2. O perfil do egresso do curso, constante no PPC. A IES
 1790 explicita que propõe formar um profissional que deverá: estar estimulado e capacitado para a prática
 1791 da educação permanente, especialmente para a autoaprendizagem; exercer a medicina utilizando
 1792 procedimentos diagnósticos e terapêuticos validados cientificamente; ter domínio dos conhecimentos
 1793 necessários à prevenção, tratamento e reabilitação das doenças de maior prevalência epidemiológica
 1794 e aspectos da saúde ao longo do ciclo biológico: saúde individual da criança, do adolescente, do adulto
 1795 e do idoso com as peculiaridades de cada sexo; saúde da família e da comunidade; saber atuar em
 1796 equipe multiprofissional, assumindo quando necessário o papel de responsável técnico; exercer a
 1797 medicina com postura ética e humanística em relação ao paciente, família e à comunidade,
 1798 observando os aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos relevantes do contexto,
 1799 baseados nos princípios da bioética; ter uma visão social do papel do médico; informar e educar seus
 1800 pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e
 1801 reabilitação das doenças, usando técnicas adequadas de comunicação. 3. O corpo docente informado
 1802 é composto por 29 professores: 16 doutores, sendo 14 contratados em regime integral e 2 contratados
 1803 em regime parcial; 9 mestres, 7 contratados em regime integral, 1 contratado em regime parcial e 1
 1804 contratado em hora/aula; e 4 especialistas contratados em regime hora/aula. Consta no PDI da IES,
 1805 um Plano de Carreira Docente. 4. O desenvolvimento do PPC. De acordo com o PPC da IES, o
 1806 currículo é concebido como uma instância dinâmica, como um conjunto de ações pedagógicas
 1807 integradoras, contemplando os aspectos globais e sistêmicos inerentes à profissão e a articulação de
 1808 teorias e práticas, formando um currículo flexível e interdisciplinar. O curso será desenvolvido em 12
 1809 semestres, agrupados em 3 ciclos de aprendizagem: o Ciclo I que vai do 1º ao 4º semestre, o Ciclo II
 1810 que vai do 5º ao 8º semestre e o Ciclo III (internato) que vai do 9º ao 12º semestre. Cada semestre
 1811 corresponde a 1 módulo de 20 semanas. Cada módulo/semestre, do 1º ao 8º, é constituído por 5
 1812 Unidades Curriculares. Cada Unidade Curricular corresponde a um conjunto de conteúdos que
 1813 integram conhecimentos básicos e clínicos. Os semestres, 9º ao 12º, correspondem ao internato e
 1814 serão realizados em sistema de rodízio nos cenários de práticas relacionadas às Redes de Atenção à
 1815 Saúde do Município de Maceió e região, em ambulatorios, Hospitais e Unidades Básicas de Saúde. Os
 1816 8 (oito) primeiros semestres foram distribuídos em 8 Módulos Educacionais (1 módulo por semestre).
 1817 Cada módulo é composto por 5 Unidades Curriculares , sendo: 3 Unidades Curriculares Horizontais
 1818 (UCHs), de 6 (seis) a 7 (sete) semanas de duração cada uma, e 2 Unidades Curriculares Transversais,
 1819 que perpassam o semestre todo e duram 20 semanas cada uma (IESC e Habilidades Profissionais).
 1820 No 1º e 2º semestres o aluno deverá eleger uma das atividades inscritas como Core Disciplines,
 1821 inseridas no curso com vistas a possibilitar uma reflexão aprofundada das questões mais amplas em
 1822 relação à sociedade, à cultura, à cidadania. O curso de Medicina está organizado por componentes

1823 curriculares estruturados nos dois primeiros ciclos de aprendizagem do curso que se constituem em:
1824 Módulos Educacionais Temáticos; Unidades Curriculares Horizontais; Unidades Curriculares
1825 Transversais; Core Disciplines; Atividades Complementares e Trabalho de Conclusão de Curso. O
1826 terceiro ciclo de aprendizagem é composto pelo Estágio Curricular Obrigatório e Supervisionado, ou
1827 Internato. Os Módulos Educacionais Temáticos são constituídos por 5 Unidades Curriculares, sendo 3
1828 Unidades Curriculares Horizontais e 2 Transversais. As Unidades Curriculares Horizontais
1829 correspondem a conhecimentos das ciências básicas e clínicas com aplicação integrada, sendo
1830 constituída por cinco atividades: Grupos Tutoriais; Práticas de Laboratório; Conferências; Consultorias
1831 e Atividades autodirigidas. Os Grupos Tutoriais trabalharão “problemas” de forma interdisciplinar,
1832 abordando o ciclo vital, por meio de várias idades humanas e suas características, contemplando
1833 conhecimentos sobre os fatores psicológicos que interferem na saúde e na doença, e a relação do
1834 homem com seu meio ambiente e a sociedade. As Práticas de Laboratório serão associadas aos
1835 temas e conteúdos dos problemas que estiverem sendo abordados nos Grupos Tutoriais. Nessas
1836 atividades, serão contempladas as práticas de Morfologia, Bioquímica, Farmacologia, Fisiologia,
1837 Patologia Geral e Anatomopatologia, Análises Clínicas, Propedêutica. As Conferências terão como
1838 temas/assuntos relacionados ao que estiver sendo abordado nos Grupos Tutoriais e nas Práticas de
1839 Laboratório, e terão como função a sistematização de conteúdos e a indicação de caminhos que
1840 ajudem na análise dos problemas. As Unidades Curriculares Transversais serão desenvolvidas nos 8
1841 primeiros semestres por meio da Interação em Saúde na Comunidade e as Habilidades Profissionais,
1842 com conteúdos teóricopráticos relacionados com as Unidades Curriculares Horizontais, priorizando o
1843 enfoque biopsicossocial e bioético. A capacitação em Habilidades Profissionais será realizada segundo
1844 um programa longitudinal, associado aos temas das unidades curriculares horizontais, incluindo:
1845 habilidades de comunicação profissional-paciente; semiologia e propedêutica clínica; técnicas e
1846 procedimentos clínicos e cirúrgicos; Profissionalismo e Desenvolvimento de Atitudes Profissionais e
1847 Pessoais; trabalho e relação com equipes; informática e tecnologia médica; raciocínio clínico;
1848 terapêutica; e simulação realística. No Core Disciplines as atividades terão base social e heterogênea,
1849 capaz de proporcionar experiência unitária em todos os alunos em educação geral, levando o aluno a
1850 participar de discussões atualizadas com conceitos como Cultura, História e Artes, que contribuirão
1851 para discussões sobre Ética, Economia, Estado e Sociedade. O Curso de Medicina será orientado por
1852 competências e seu currículo dividido em três ciclos de dois anos. O primeiro ciclo terá foco na prática
1853 da atenção primária à saúde, na qual se contextualizam os conteúdos teóricos, os estudantes serão
1854 inseridos na prática da saúde coletiva. Os 2º e 3º ciclos são específicos da formação do médico, e
1855 acrescentam ao foco dado à atenção primária à saúde, e ao nível secundário, especialidades
1856 ambulatoriais e núcleos integrados de saúde e a formação hospitalar necessária para a formação do
1857 médico generalista. As unidades curriculares serão desenvolvidas de modo interdisciplinar, com
1858 aprofundamento da articulação e conexão entre ensino-pesquisa-extensão. O sistema de tutoria será
1859 realizado individual e coletivamente, por meio do professor tutor que atuará como orientador dos
1860 alunos. O aluno, de acordo com o PPC da IES será inserido na prática profissional a partir do primeiro
1861 ano, em crescente grau de autonomia e complexidade, com dedicação em tempo integral, por 12
1862 semestres consecutivos. Nesse prazo, realizarão um trabalho de pesquisa orientado (TCC), cujo
1863 resultado deve ser aplicável na prática do serviço em que desenvolveu sua formação acadêmica. O
1864 PPC contempla atividades de ensino, pesquisa e extensão, com a integração a partir de princípios
1865 norteadores: Formação para a prática da cidadania; Desenvolvimento de competências para atuação
1866 profissional na área de saúde, e de capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular as
1867 práticas profissionais; Ênfase nos preceitos éticos, técnicos, políticos e ambientais que revelem o
1868 respeito à diversidade; Compreensão do processo saúde; Revisão das relações de poder; Apropriação
1869 do processo saúde-adoecimento pelos atores sociais; Conquista de autoconfiança e protagonismo dos
1870 atores sociais em relação ao processo saúde-adoecimento e à qualidade de vida; Construção de uma
1871 mentalidade de coparticipação em relação às responsabilidades que cercam o processo saúde-
1872 adoecimento. Para as atividades práticas, os objetivos propostos são: formar profissionais de saúde;
1873 desenvolver pesquisas aplicadas segundo a necessidade da gestão local da saúde, do cuidado
1874 individual e do cuidado coletivo; qualificar a rede assistencial e seus recursos humanos, apoiar a
1875 gestão local do SUS-AL; propor e apoiar a implementação de melhorias ao sistema de saúde. O
1876 projeto propõe a inserção dos alunos, desde o início do curso, nos serviços de saúde numa
1877 diversificação de cenários de prática de ensino para contribuir com o entendimento do sistema de
1878 referência e contra-referência. O Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Medicina, ou Internato
1879 Médico, ocorrerá num período de dois anos letivos e não se limitará ao terceiro nível de atenção, mas
1880 propiciará uma formação mais ampla, com parte do tempo destinado a atividades no primeiro e no
1881 segundo níveis de atenção à saúde. A orientação dos estágios do Internato Médico não permitirá a
1882 excessiva fragmentação em minúsculos períodos, deverá proporcionar maior duração em áreas
1883 abrangentes como a saúde do adulto, materno-infantil, urgência e trauma, Programa de Saúde da
1884 Família e, estágios eletivos (à escolha do estudante). Os cenários de prática a serem utilizados pelo
1885 curso durante a realização do Internato serão respaldados legalmente pelos convênios entre a

1886 mantenedora da Fits e parceiros gestores dos serviços de saúde escolhidos como campos de
 1887 formação e desenvolvimento do corpo discente. A fundamentação e regulamentação do funcionamento
 1888 do estágio supervisionado estarão previstas no Manual do Internato do Curso de Medicina da Fits. O
 1889 programa de Internato da Fits propõe o desenvolvimento ampliado de competências: Atenção à Saúde
 1890 + Conhecimento e Habilidades Médicas; Tomada de Decisões + Educação Permanente e
 1891 Aprendizagem Baseada na Prática; Habilidades de Comunicação e relacionamento interpessoal; e
 1892 Profissionalismo. Cada estágio tem a carga horária de 40hs semanais, duração de 18 semanas, com
 1893 240 hs cada, totalizando por semestre 720hs. Serão realizados nos quatros últimos semestres, e a
 1894 carga horária total dos mesmos é de 2.880 hs. Estes estágios contemplam: 9º semestre, Cuidado em
 1895 Saúde da Criança I (Pediatria Geral), cenários: Enfermaria de Pediatria, Pronto Socorro de Pediatria,
 1896 Ambulatório de Pediatria Geral; Cuidado em Saúde do Adulto I (Clínica Médica), cenários: Enfermaria
 1897 de Clínica Médica, Pronto Socorro, Ambulatório de Clínica Médica e Cuidado em Saúde da Mulher I
 1898 (Obstetrícia), cenários : Enfermaria de Obstetrícia e Sala de Parto, Admissão /OS, Ambulatório de Pré-
 1899 Natal ; 10º semestre, Cuidado em Saúde da Criança II (Neonatologia) , cenários: Berçário e Sala de
 1900 Parto, Ambulatório – Baixo Peso, Ambulatório – Puerpério; Cuidado em Saúde do Adulto II (Clínica
 1901 Cirúrgica), cenários: Enfermaria de Cirurgia Geral e Centro Cirúrgico, Enfermaria de Onco-
 1902 Gastrocirurgia, Pronto Socorro , Ambulatório de Cirurgia, Ambulatório de Oncologia, Ambulatório de
 1903 Cirurgia do Aparelho digestivo; Cuidado em Saúde da Mulher II (Ginecologia), cenários: Enfermaria de
 1904 Ginecologia Geral, Enfermaria de Onco-Ginecologia, Ambulatório de Ginecologia, Ambulatório de
 1905 Oncologia da Mulher; 11º semestre, Cuidado em Saúde Mental e do Idoso, cenários: Ambulatório de
 1906 Saúde Mental, Enfermaria de Geriatria, Ambulatório de Geriatria; Urgências no Adulto, cenários: Pronto
 1907 Socorro e UTI; Urgências na Criança, cenários : Pronto Socorro e UTI e, 12º semestre Saúde Coletiva
 1908 , Gestão e Planejamento em Saúde (Vigilância Saúde, Adm. de S.S), cenários: Unidades de Atenção
 1909 Primária, Unidades de Saúde da Família; Cuidado ao Paciente Crítico, cenários: Rede Básica de
 1910 Saúde, Ambulatórios, Hospitais e Eletivo/Optativo, a ser definido pelo aluno. Serão disponibilizados
 1911 serviços assistenciais, entre hospitalares, ambulatoriais e centro de saúde, com o número mínimo de 500
 1912 leitos. O curso será integrado ao sistema local e regional e o SUS, formalizado por meio de convênio,
 1913 cuja relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor, atenda aos princípios éticos da
 1914 formação e atuação profissional. A Fits pretende contribuir para a construção e aprimoramento do SUS
 1915 de Alagoas. A parceria Fits/serviços de saúde do Estado e municípios visa dar respostas às
 1916 necessidades concretas da população e contribuir para a ampliação e a qualificação da rede básica
 1917 dos serviços de saúde, na programação de ações prioritárias na atenção primária, na vigilância em
 1918 saúde, nos serviços especializados e na pactuação de ações integradas entre as microrregionais de
 1919 saúde. A instituição celebra parcerias com Estado de Alagoas e municípios, por meio das: Secretaria
 1920 de Saúde do Estado de Alagoas, Secretaria de Saúde da Prefeitura de Maceió, Secretaria de Saúde
 1921 da Prefeitura de Coruripe e Hospital Geral do Estado. Estes convênios interinstitucionais, de acordo
 1922 com a IES deverão permitir a participação dos alunos de medicina da Fits em unidades de atenção
 1923 básica, núcleos de saúde da família, unidades de urgência e emergência, hospitalares, ambulatórios
 1924 especializados, laboratórios e serviços de verificação de óbito e instituto médico legal. A IES celebrou
 1925 também parcerias com unidades de saúde em Maceió e municípios, de natureza privada e/ou
 1926 filantrópica, a saber: Hospital da Agroindústria do Açúcar e Alcool com 318 leitos, sendo 157 no SUS;
 1927 Hospital Sanatório com 88 leitos para o SUS; Hospital Carvalho Beltrão com 241 para o SUS, em
 1928 Coruripe e Hospital Geral do Estado com 254 leitos para o SUS. Os convênios foram firmados com
 1929 garantias legais, pelo período mínimo de 2 (dois) anos. A Faculdade Integrada Tiradentes celebrou
 1930 ainda parcerias com o Estado de Alagoas e municípios por meio das Secretarias de Saúde das
 1931 Prefeituras Municipais de Arapiraca, de Penedo e de São Miguel dos Campos. A IES declara que
 1932 firmou Convênio com centros de referência regional para oferecer ao aluno a segurança para
 1933 desenvolver suas habilidades e competências nas relações teoria e prática do curso. Estes convênios
 1934 interinstitucionais, de acordo com o PPC da IES deverão permitir a participação dos alunos de
 1935 medicina da Fits em unidades de atenção básica, núcleos de saúde da família, unidades de urgência e
 1936 emergência, unidades hospitalares, ambulatórios especializados, laboratórios e serviços de verificação
 1937 de óbito e instituto médico legal. Os cenários de prática conforme declara a IES integram o sistema de
 1938 referência e contra referência das Redes de Atenção à Saúde de Maceió e região constituindo uma
 1939 “Rede-Escola”, de maneira que seu funcionamento assegure a integralidade da atenção e a
 1940 resolutividade dos problemas existentes, devendo permitir que o aluno participe das diversas linhas de
 1941 cuidado, do atendimento ambulatorial, bem como acompanhe os pacientes que sejam referenciados ao
 1942 hospital secundário e ao de alta complexidade, todos conveniados junto ao curso de medicina. Na
 1943 pactuação da parceria com a SMS de Maceió, para cada etapa está previsto o conhecimento de
 1944 equipamentos de saúde correlacionado com o foco do aprendizado: quando estão focando a Saúde da
 1945 Criança, conhecem o Ambulatório Pediátrico em Maceió, Hospital Municipal, Banco de Leite Humano;
 1946 quando estão no foco da Saúde Mental, conhecem e participam das atividades do CAPS e equipes de
 1947 matriciamento; quando estão estudando e participando das atividades de Saúde da Mulher, conhecem
 1948 atividades no Ambulatório de Alto Risco e Maternidade. No Internato – na décima segunda etapa (6º

ano), no estágio de Saúde Coletiva e Gestão, o estudante retomará o vínculo com as famílias e pacientes, e aí com maior disponibilidade de tempo, tem a possibilidade de acompanhar de forma mais próxima os pacientes nos outros níveis do Sistema de referência e contra-referência. A IES prevê também a participação dos alunos nas atividades do SAMU, atendendo as emergências nos locais de ocorrência e levando os pacientes após estabilização aos Pronto-Socorros e Hospitais do Município de acordo com as necessidades da continuidade dos cuidados ao paciente. 5. Cumprimento aos requisitos legais obrigatórios: A Lei nº 9.795, de 27/04/1999, o Decreto Nº 4.281 de 25/06/2002, a Resolução CNE/CP Nº 01 de 17/06/2004, o Decreto Nº 5.626, de 22/12/2005, e a Lei nº 11.645, de 10/03/2008 são atendidos na estrutura curricular da seguinte forma: a) os temas relacionados às Relações Étnico-Raciais, Educação Ambiental e Educação em Direitos Humanos estão contemplados transversalmente no curso como temas recorrentes nas atividades curriculares e multidisciplinares; b) O PPC contempla a disciplina de Libras na estrutura curricular do curso. III. Dos fundamentos do Parecer 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A FITs descreve e declara no PPC os convênios e parcerias celebrados e os avaliadores do INEP confirmam na visita in loco (26/03/2014) que os documentos físicos foram apresentados para análise. Verificou-se a existência de convênios devidamente formalizados entre a FITs e as Prefeituras Municipais/Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, contudo essa documentação não foi anexada ao Processo no Sistema e-MEC (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Há indicação da utilização das considerações e preceitos dos gestores locais e regionais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90. A integração do curso com o SUS denota permitir a inserção dos discentes na rede municipal e regional de saúde do SUS. O Sistema de referência e contrareferência mostra-se muito bem previsto; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. O PPC prevê a inserção do aluno nos cenários de prática do SUS, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação de fato. Os avaliadores confirmam que existem bons hospitais conveniados, com pendência para certificação de unidades de saúde como hospital de ensino, mas que os mesmos possuem programas de residência médica, entre eles cita como exemplo: clínica médica, cirurgia geral, UTI pediátrica e neonatal, ginecologia e obstetrícia, radiologia e anestesiologia e projeto de residência multiprofissional. A IES menciona os campos de prática e embora não explicita a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, as atividades previstas estão articuladas e a rede disponível para os alunos, garantindo uma relação aluno/paciente ambulatorial/docente ou preceptor adequada; e, considerando também o número de leitos SUS disponibilizados pelos hospitais conveniados (740 leitos) verifica-se que a relação nº de leitos por vagas oferecidas corresponde a 7,4, o que permite assegurar absorção dos alunos nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado está composto por 29 docentes, dentre eles, de acordo com os avaliadores do INEP, 23 médicos (80%) estarão responsáveis pelas atividades de ensino envolvendo pacientes e serão responsáveis pela supervisão da assistência médica nos diversos cenários de prática que compõem o PPC; f) Sobre a infraestrutura do curso os avaliadores do INEP atribuíram conceito 4 (com variação de 1 a 5) na respectiva Dimensão avaliativa do Relatório da visita in loco realizada no período de 23 de março de 2014 a 26 de março de 2014; g) A IES apresenta IGC contínuo 280 (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), que equivale a faixa 3, com variação de 1 a 5, e Conceito Instituição igual a 4. O curso de medicina foi avaliado com conceito final 4 (quatro) pelos avaliadores do INEP; h) O Comitê de Ética em Pesquisa está regularmente constituído e devidamente homologado pela CONEP. IV. **Parecer Final.** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à autorização do curso de Medicina da Faculdade Integrada Tiradentes/FITs, do município de Maceió (AL), com base na Resolução CNS Nº 350/2005. **Deliberação: Aprovados os dois pareceres.** Passou aos satisfatórios com recomendação. **4) Referência:** Processo nº 201015174. **Interessado:** Faculdades Integradas Aparício Carvalho – FIMCA/Porto Velho/Rondônia. **Curso:** Renovação de Reconhecimento do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** Dos fundamentos do Parecer. 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a

Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentação comprobatória, disponibilizada no sistema e-MEC, de Termo de Convênio entre a IES e Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia, para utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, assegurando os cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os Termos de Convênios firmados representam compromisso formal do gestor local do SUS com a implementação do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da lei nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. Os avaliadores do INEP constataram que “as atividades de extensão são desenvolvidas no componente curricular de Odontologia Social e Preventiva presente do primeiro ao sétimo períodos e no de Atividades Complementares, também presente nesses mesmos períodos, junto à comunidade, escolas públicas e associações de bairros, porém não há uma atuação, de fato, do discente junto do Sistema Único de Saúde”. Portanto, a IES não explicita que a inserção do estudante ocorre desde o início do curso no SUS (Resolução CNS Nº 350/2005); d) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais regionais. A IES não descreve os campos de prática, nem inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando a absorção dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS conveniada (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado é de 21 professores, dos quais 38% possuem titulação stricto sensu e nenhum trabalha como “horista”, ou seja, todos (100%). Os docentes estão contratados em regime integral (3 professores) ou parcial (18 professores) de trabalho, o que pode permitir orientação adequada dos alunos e a realização de atividades de pesquisa e extensão, considerando o número de 40 vagas anuais ofertadas; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco (05/02/2014), que: a) os laboratórios didáticos especializados estão implantados com as respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança, atendem de maneira suficiente quanto aos aspectos de quantidade de equipamentos, qualidade, espaços físicos, adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos, disponibilidade de insumos, serviços, utilização e segurança; b) os laboratórios específicos e multidisciplinares são suficientes para a realização da abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida; c) os laboratórios multidisciplinares das disciplinas de pré-clínica e clínica são suficientes quanto às dimensões, ventilação, iluminação, acústica; d) as clínicas são em número suficiente, apresentam equipes para canchotos e apresentam condições adequadas quanto às dimensões, ventilação, iluminação e acústica; e) o serviço de esterilização funciona de forma adequada; entretanto, os equipamentos periféricos são em número reduzido e antigos; o espaço destinado ao escovódromo é pequeno e necessita de adequações; o mesmo ocorre com a clínica de Radiologia que requer mais aparelhos radiográficos, e o espaço destinado à câmara escura necessita de manutenção, modernização e sistema de ventilação/exaustão adequados; contudo o Relatório do INEP (05/02/2014) avaliou a Dimensão – INFRAESTRUTURA com conceito 3,6 (em uma escala de 1 a 5); g) O conceito preliminar do curso (CPC) de Odontologia foi avaliado com nota 2 em 2009. A IES implementou medidas para atender o Despacho Nº 241/2011-SERES/MEC, respondendo à Diligência com a apresentação de um Plano de Melhorias. O MEC considerou que foram cumpridas as determinações proferidas e que as exigências estabelecidas ao processo foram satisfatoriamente atendidas. A IES apresenta um Índice Geral de Curso contínuo de 185 (na faixa 2), porém o Conceito Institucional é igual a 5 (ano 2009). O conceito final de curso atribuído pela Comissão de Avaliadores do INEP foi 3, por ocasião da visita in loco ocorrida no período de 02 de fevereiro de 2014 a 05 de fevereiro de 2014; h) O Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se implantado e homologado pela CONEP. IV. **Parecer Final** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à renovação de reconhecimento do curso de Odontologia das Faculdades Integradas Aparício Carvalho - FIMCA, no município de Porto Velho/RO, com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE que nos próximos ciclos avaliativos: a) a IES explicita como se dará a inserção dos alunos na rede do SUS, desde o início do curso; b) descreva os campos de prática e a capacidade de atendimento à disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática da rede SUS/conveniada. Explicou que se trata da 3ª etapa do ciclo avaliativo. A cada três anos a IES privadas têm que apresentar a renovação. Quer o detalhamento do que está fazendo na comunidade para saber se está de acordo com a rede SUS. Por isso a recomendação. Há o empenho da IES em atender. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, questionou o prazo, pois a IES está no meio do curso. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que há um monitoramento. O curso teve dificuldade para abrir, iniciou, comissão de avaliação deu nota 2, houve um despacho saneador e houve empenho da IES para sanear e agora tem monitoramento a cada 2 anos (quando entra e no relatório da CPA) o que mostra que esta superando os problemas. Localiza-se em Porto Velho RO e tem dificuldade operacional. Há uma rede de atenção de saúde bucal que absorve a demanda. O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** questionou se já tinham sido feita essa solicitação alguma vez. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu negativamente. A anterior

era falta de sincronização do PPC com as diretrizes curriculares e o corpo docente. Não aparece nessa recomendação porque já a atenderam. Pediu agora para explicitar como se dá a inserção do aluno na rede. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, confirmou ser a avaliação do curso e não da turma. Cumpriram requisito do MEC e agora chegou ao CNS que tem outra preocupação. Quando começou a funcionar não passava pelo CNS, pois o curso é antigo. Em 2005 começou obrigatoriedade de cursos apresentarem pedido. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** apresentou uma dúvida sobre o que consta no PPC, já que essa informação não está lá contida. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que conta o termo de convenio com número de alunos por campo oferecido pelo Secretário Saúde. Explicou que é possível usar atenção básica e a emergência e quer saber quantos alunos irão, se tem professor para acompanhá-los, e como se dá a relação do aluno com a unidade. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** opinou que já que o parecer era satisfatório, deveria ser favorável por uma questão de nomenclatura. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que a Resolução nº 350/CNS já está revendo essa questão. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** colocou em votação o parecer. **Deliberação: aprovado com uma abstenção.** 5) **Referência:** Processo nº 201305972. **Interessado:** Universidade Estácio de Sá – UNESA/RJ, Campus Nova Iguaçu. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** 1 Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES e a Prefeitura Municipal e a Secretaria Estadual de Saúde, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os termos de convênio formalmente assinados representam uma forma de compromisso dos gestores locais com o desenvolvimento do curso, em acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90, embora no PPC não haja registro de participação direta dos gestores locais do SUS na construção e realização das atividades de extensão e ensino propostas no PDI e PPC. c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa que o aluno participa de programas de extensão na comunidade, como parte de equipe interdisciplinar. No entanto, O PPC da IES não explicita se essa inserção ocorre desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação. As atividades pedagógicas apresentam suficiente coerência com a metodologia implantada. O estágio curricular supervisionado implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira suficiente, considerando os aspectos: carga horária, existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação. A IES menciona o Serviço de Psicologia Aplicada - SPA como campo de prática dos alunos e que as turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado Específico são constituídas de até 08 (oito) alunos por professor-supervisor, mas não inclui a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nos cenários de prática extramuros, o que pode não assegurar a inclusão dos alunos nos campos de prática da rede de saúde do SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado (34 professores), sendo 88 % com pós-graduação stricto sensu e 62 % contratados em regime de trabalho integral ou parcial, deve permitir o acompanhamento dos alunos e a realização de atividades de pesquisa e extensão; f) Sobre a infraestrutura do curso. Embora o PDI considere estar cumprindo com as determinações do Decreto Nº 5296/2004 sobre as condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, o Relatório de avaliação na visita in loco do INEP (5/2/2014) observa que a IES apresenta acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, não havendo acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência visual e auditiva, conforme disposição legal vigente, entretanto os avaliadores do INEP atribuíram conceito 3,3 na respectiva Dimensão avaliativa (INFRAESTRUTURA) que compõe o referido Relatório; g) A IES apresenta IGC contínuo 246 (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), que equivale a faixa 3, com variação de 1 a 5, e Conceito Institucional igual a 4. O curso foi avaliado com conceito final 3 (três) pelos avaliadores do INEP, no Relatório de avaliação na visita in loco em 5/2/2014; h) O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESA (CEP/UNESA) foi instalado pela Portaria 130/GR/98 e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP - Ministério da Saúde). IV. **Parecer Final.** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO ao reconhecimento do Curso de Psicologia da UNESA, do município de Nova Iguaçu (RJ), campus Nova Iguaçu, considerando a Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE para os próximos ciclos avaliativos: a) que a IES apresente melhorias na infraestrutura para assegurar acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência visual e auditiva, conforme disposição legal vigente, e não somente às pessoas com deficiência física. O SPA presta serviços à comunidade

aberta, o que requer acessibilidade plena; b) descreva o modo de inserção do aluno, desde o início do curso, na comunidade; c) apresente a distribuição dos alunos nos cenários de prática por campo e relação docente/preceptoria, particularmente na rede SUS. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** afirmou que o PID afirma cumprir todos os requisitos, mas a clínica não tem sinalização no parecer, o que não é impeditivo. Está integrado e presta serviço na rede SUS. **Deliberação: Aprovado com duas abstenções. 6) Referência:** Processo nº 201205746. **Interessado:** CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO – UNIFRA. Santa Maria (RS). **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES possui Termo de Convênios com a rede de atenção à saúde de Municípios que integram a macrorregião de saúde, distando menos de 200 Km da Cidade de Santa Maria e na própria cidade. Os avaliadores verificaram que os convênios possuem validade de 10 anos e que há integração entre a IES e a gestão local do SUS, portanto assegurando cenários de prática na rede de saúde do SUS para os alunos (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) A capacidade da rede de saúde instalada: As sete (7) unidades hospitalares com as quais mantém convênio, nenhuma delas é certificada como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (Portaria 2.400/07), somente 4 hospitais são centros de referência regional, há pelo menos 2 anos. A disponibilidade de 408 leitos para o SUS assegura uma oferta de 5,1 leitos para cada estudante, sem comprometimento de alunos de medicina da IFES existente no mesmo município, uma vez que ela possui hospital de ensino próprio. A IES apresentou à Comissão um Projeto de Residência Médica do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Psiquiatria. O último programa (Psiquiatria) foi aprovado provisoriamente pela CNRM em 12 de dezembro de 2013. c) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os termos de convenio firmados com diversas Prefeituras de cidades do entorno e da própria cidade evidenciam o compromisso forma dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; d) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa em seu PDI e PPC que há inserção do estudante nos cenários de prática desde o início do curso e como ela ocorre por meio de atividades extensionistas, contemplando o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005; e) A coerência entre o PPC e sua implementação. A IES explicita os campos de prática na rede SUS, incluindo a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90). Por sua vez, as vagas (40) ofertadas por semestre e o número de professores e preceptores contratados e a contratar indicam uma relação professor/aluno adequado ao desenvolvimento do PPC que é interdisciplinar, integrado, problematizador e centrado no aluno, sem sobrecarregar a rede local de saúde, atendendo ao preconizado pela Resolução Nº 350/2005. A carga horaria de estágio supervisionado e internato atende ao disposto nas DCN. As atividades práticas supervisionadas e os procedimentos didático-pedagógicos, serão de responsabilidade da IES. Tais atividades serão planejadas e executadas em conformidade com o Currículo do Curso, sob supervisão direta dos docentes da IES. f) O corpo docente. A totalidade do corpo docente possui pós-graduação, sendo 23 doutores, 7 mestres e 5 especialistas. Para os dois primeiros anos do curso esta previsto a contratação de 18 professores com formação em medicina e 17 de outras áreas, assegurando a interdisciplinaridade necessária para essa etapa do curso; 63,9% serão contratados em regime de tempo integral, 27% em regime parcial e 9,1% hora/aula. Os contratos são CLT e há plano de carreira docente em fase de implantação. g) Sobre a infraestrutura do curso. Os avaliadores do INEP observaram, na visita in loco (20/11/2013), que as salas de aula, laboratórios, biotério, biblioteca etc disponíveis para o curso é adequada à demanda de ensino-aprendizagem. h) A IES apresenta um continuo de 273, portanto acima de 50%. Os avaliadores atribuíram nota 4 à proposta de curso ora sob análise. i) A IES possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em funcionamento e homologado pela CONEP. IV. **Parecer Final** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à abertura do curso de Medicina da UNIFRA, do município de Santa Maria (RS), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE que nos próximos ciclos avaliativos: a) a IES apresente a homologação do Plano de Carreira Docente pelo Ministério do Trabalho, um recurso importante para assegurar a fixação do corpo docente em tempo integral com titulação stricto sensu e o desenvolvimento de um PPC centrado na pedagogia problematizadora, integrada, modular e interdisciplinar; b) haja investimento da IES em seu hospital próprio para credenciá-lo como hospital de ensino; c) sejam monitorados os programas de residência médica recentemente implantados no hospital próprio. Afirmou que o centro franciscano existe desde 1985 e irá credenciar o hospital próprio como de ensino além de monitorar os residentes de medicina.

O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou se o curso é antigo, ao que a Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu ser um curso novo, porém o Centro é antigo. **Deliberação: Aprovado com um voto contrário com declaração de voto do Conselheiro Gerdo Bezerra de Faria e três abstenções dos Conselheiros Carlos Eduardo Ferrari, Abrahão Nunes da Silva e Maria do Socorro de Souza. 7) Referência:** Processo nº 201207230. **Interessado:** Centro Universitário UNISEB – UNISEB, Ribeirão Preto/SP **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de Saúde, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, estando (sim ou não) assegurados os cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90). O prazo de validade desses convênios são de 5 anos e foram assinados em 2013, incluindo 4 hospitais de média complexidade, que participam do sistema de referência e contrarreferência, localizados na cidade de Ribeirão Preto: Hospital Irmandade Conceição da Sociedade Portuguesa de Beneficência de R.P.(120 leitos SUS); Hospital São Francisco Soc. Empresarial LTDA (120 leitos SUS); Fundação Hospital Santa Lydia (Municipal, 75 leitos SUS) e Sociedade Beneficente e Hospital Santa Casa de Misericórdia de R.P. (248 leitos SUS). Nenhum destes hospitais está credenciado junto ao MEC como hospital de ensino. Possui também convênio com a Prefeitura do Município de Ribeirão Preto, para utilização de U.B. de Saúde e de PSF. b) Sobre a disponibilidade programas de residência médica. Dados do CNES apontam que entre os referidos hospitais conveniados a Santa Casa de Misericórdia encontra-se classificada como entidade auxiliar de ensino; A IES mostra na documentação comprobatória, anexa ao Processo, que dos 4 hospitais conveniados, 2 deles já operam Programas de Residência Médica devidamente credenciados: Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e Hospital São Francisco de Ribeirão Preto; os outros 2 hospitais (Santa Lidya de Ribeirão Preto e Hospital da Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto) estão em processo de organização de ofertas e credenciamento de Programas de Residência Médica; c) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Há indicação da utilização de preceitos dos gestores locais e regionais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; d) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso, nos cenários de prática do SUS, está prevista no PPC prevê a inserção do aluno, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; e) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais/regionais. De fato é verificada na integração do curso com o SUS, na interação estabelecida entre a IES e os serviços públicos de saúde; ambos podem permitir a inserção dos alunos na rede municipal de saúde do SUS. A IES menciona os campos de prática, mas não explicita a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente. Considerando que o número de leitos SUS disponibilizados pelos hospitais conveniados (563 leitos) somados aos leitos SUS das instituições conveniadas a Prefeitura de Ribeirão Preto (346 leitos, conforme documentação anexada), verifica-se uma relação nº de leitos por vagas oferecidas de 9,09/1, o que permite assegurar absorção dos alunos nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); f) Adoção de metodologia ativa no ensino da formação do médico pela IES pode ser constatada pelo desdobramento da estrutura curricular, na forma de desenvolvimento das disciplinas; g) O corpo docente informado é de 12 professores, dos quais 10 são doutores e 2 mestres. Os avaliadores observaram, na visita in loco, que houve saída e substituição de docentes, fato este postado no Sistema e-MEC, porém não processado a tempo pela Comissão, não considerou a informação. Desse modo, a análise da comissão centrou-se no quantitativo de “onze docentes para o curso, existem dois mestres e nove docentes doutores, sendo que dois são horistas. Portanto, percentualmente, o grupo de tempo integral e parcial perfaz 99%. Informam também, que os docentes previstos para o curso atingem percentual superior a 80% na condição de pelo menos 5 anos de experiência profissional”, atribuindo a essa dimensão avaliada, conceito 4. Dessa forma, entende-se que apenas para os 2 primeiros anos de curso, o corpo docente informado pode possibilitar o acompanhamento dos alunos, considerando tratar-se de proposta de metodologia ativa e também, da solicitação de autorização de 100 vagas; h) A infraestrutura do curso foi considerada adequada pelos avaliadores do INEP; i) A IES apresenta IGC contínuo 244 (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), que equivale a faixa 3, com variação de 1 a 5, e Conceito Instituição igual a 4; j) O Comitê de Ética em Pesquisa está regularmente constituído e devidamente homologado pelo CONEP, segundo informa a IES e confirmam os avaliadores do INEP, contudo estes observam que o “CEP funciona de forma incipiente em sala própria com secretária”. IV.

Parecer Final Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à autorização do curso de medicina da UNISEB, do município de Ribeirão Preto (SP), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE para os próximos ciclos avaliativos: a) que a IES inclua, explicitamente, na estrutura curricular temas relacionados às Relações Étnico-Raciais, Educação Ambiental e Educação em Direitos Humanos, bem como a disciplina optativa de Libras para os alunos, conforme determinam as Lei nº 9.795/99, Decreto nº 4.281/2002, Resolução CNE/CP nº 01/2004, Decreto nº. 5.626/2005, Lei nº 11.645/2008; b) explicita claramente a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática do SUS, demonstrando a relação professor supervisor de estágio/aluno e preceptor/aluno. **Deliberação:**

Aprovado com um contrário do Conselheiro Gerdo Bezerra de Faria e uma abstenção. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que está sendo feita uma força tarefa para acabar com os passivos na próxima reunião. **8) Referência:** Processo nº 201208326. **Interessado:** Faculdade Meridional – IMED, Passo Fundo/RS. **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termo de Convênio ou Termo de Compromisso entre a IES e a Prefeituras Municipais/ Secretaria Municipal de Saúde, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC A integração do curso com o SUS, bem como a interação e os serviços públicos de saúde da região devem permitir que os alunos desenvolvam atividades de ensino, pesquisa e extensão na rede municipal/regional de saúde do SUS. Há indicação da utilização das considerações e preceitos, bem como da participação dos gestores locais e regionais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) A coerência entre o PPC e sua implementação. Os convênios com as instituições hospitalares (uma delas certificada como hospital de ensino pelo MEC/MS – Portaria nº 2.161, de 30/09/2013) e quatro prefeituras permite o treinamento de seus alunos, num cenário em que duas outras escolas médicas já estão em funcionamento, com oferta de 90 vagas/ano. Há disponibilidade de 1.518 leitos de internação na microrregião de Passo Fundo e 28 UBS na cidade. Não há evidências de que a distribuição dos alunos nos espaços de assistência médica entre os cursos já implantados e o da IMED, em termos absolutos e percentuais, possa atender a demanda de toda essa população de estudantes. Chama atenção o fato de o Hospital da Cidade ter garantido à IMED, em caráter de exclusividade, pelo menos 100 leitos de internação. A IES menciona os campos de prática e embora não explicita a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, tendo em vista o número de leitos SUS disponibilizados pelos hospitais e de acordo com a estrutura de rede de saúde conveniados, conforme afirma a IES, está prevista a disponibilidade de 6,74 leitos por aluno, o que deve assegurar a absorção dos alunos nos cenários de prática do SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); d) Programas de Residência Médica. A IES mostra na documentação comprobatória, anexa ao Processo, que um dos hospitais conveniados apresenta Programas de Residência Médica devidamente credenciados; e) O corpo docente informado, 25 professores, está composto por 80% com pós-graduação stricto sensu e por 56% contratados em regime de trabalho integral, o que pode permitir o acompanhamento dos alunos e a realização de atividades de pesquisa e extensão; f) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. Há previsão de inserção do aluno nos cenários de prática do SUS, desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; g) O Comitê de Ética em Pesquisa está regularmente constituído, segundo informa a IES e confirmam os avaliadores do INEP; h) Sobre a infraestrutura do curso os avaliadores do INEP atribuíram conceito 3, 5 (com variação de 1 a 5) na respectiva Dimensão avaliativa do Relatório da visita in loco realizada no período de 29 de setembro de 2013 a 2 de outubro de 2013; i) A IES apresenta IGC contínuo 268 (que corresponde ao ENADE, CPC e Nota CAPES), que equivale a faixa 3, com variação de 1 a 5, e Conceito Instituição igual a 4. A Comissão de avaliação do INEP atribuiu conceito final 3 ao Curso em análise. IV. **Parecer Final** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO à autorização do curso de Medicina da Faculdade Meridional, do município de Passo Fundo (RS), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE para os próximos ciclos avaliativos: a) que os convênios firmados anteriormente entre o hospital de ensino credenciado pelo MEC/MS – Portaria nº 2.161, de 30/09/2013 e as outras duas escolas médicas que já estão em funcionamento no município de Passo Fundo não sejam revogados; b) que a cláusula de “exclusividade” garantida no convênio entre o Hospital de Ensino da cidade e a IMED seja suprimida; c) que seja explicitada a distribuição quantitativa de alunos por leito nos cenários de prática.

Deliberação: Aprovado com um voto contrário e duas abstenções. 9) Referência: Processo nº 201209565. **Interessado:** Faculdade das Américas – FAM. São Paulo (SP). **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº 350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES possui Termo de Convênio com a rede de atenção à saúde do Município de São Bernardo e do Grande ABC, no Estado de São Paulo. Nos termos de convênios postados no E-MEC observa-se a validade de 5 anos, para um curso que integraliza-se em um tempo mínimo de 6 e máximo de 9 anos. Há integração entre a IES e a gestão local do SUS, portanto assegurando cenários de prática na rede de saúde do SUS para os alunos, nos primeiros cinco anos do curso (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) A capacidade da rede de saúde instalada: A parceria da IES com a Secretaria da Saúde de São Bernardo do Campo, permite que os alunos se insiram numa Rede de Atenção à Saúde composta por quatro Hospitais Municipais Públicos com 715 leitos, 33 Unidades Básicas com mais de 65 equipes da Estratégia de Saúde da Família, seis centros ambulatoriais especializados, seis CAPS, Residências Terapêuticas e Consultórios de Rua para o Cuidado em Saúde Mental e três UPAS, SAMU e Pronto Socorro Central para o Atendimento das Urgências e Emergências. Duas unidades hospitalares com as quais mantém convênio, é certificada como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (Portaria 2.400/07). Há disponibilidade de 28 leitos para o SUS leitos para cada estudante, sem comprometimento para a formação de alunos de medicina de outras IES existente na mesma região. Os avaliadores destacam que a rede encontrava-se em funcionamento pleno obedecendo aos critérios do SUS, com sistema de referência e contra referência bastante satisfatório; recebia Residentes da Faculdade do ABC de São Paulo e desenvolvia vários projetos do Governo Federal, voltados ao ensino e treinamento em serviço, além de Residência Médica da própria prefeitura iniciada em 2013. c) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os termos de convenio firmados com diversas Prefeituras de cidades do entorno e da própria cidade evidenciam o compromisso forma dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005. Constata-se também que no encontro dos avaliadores com técnicos da Secretária Municipal de Saúde, servidores dos serviços visitados, observou-se animação e expectativa positiva em relação com a perspectiva de trabalho conjunto a partir da criação do novo curso no Município. d) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa em seu PDI e PPC que há inserção do estudante nos cenários de prática desde o início do curso e como ela ocorre por meio de atividades de ensino, extensão e pesquisa, incluindo a distribuição quantitativa pelos cenários de atuação, contemplando o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005; e) A coerência entre o PPC e sua implementação. A IES explicita os campos de prática na rede SUS, incluindo a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que assegura absorção nos cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90). Por sua vez, as vagas (40) ofertadas por semestre e o número de professores e preceptores contratados e a contratar indicam uma relação professor/aluno adequado ao desenvolvimento do PPC que é interdisciplinar, integrado, centrado no aluno, implementado sob a forma de módulos, unidades curriculares, estágio e internato, sem sobrecarregar a rede local de saúde, atendendo ao preconizado pela Resolução Nº 350/2005. A carga horaria de estágio supervisionado e internato atende ao disposto nas DCN. As atividades práticas supervisionadas e os procedimentos didático-pedagógicos, serão de responsabilidade da IES. Tais atividades serão planejadas e executadas em conformidade com o Currículo do Curso, sob supervisão direta dos docentes da IES. f) O corpo docente. A totalidade do corpo docente possui pós-graduação. O número de docentes para os dois primeiros anos é de 29, sendo 68,9% dos professores em regime integral e 31,1% em regime parcial. Entre os docentes 20,6% tem mestrado e 79,4% tem doutorado. Há plano de carreira docente e os contratos são regidos pela CLT. g) Sobre a infraestrutura do curso. Os avaliadores do INEP observaram, na visita in loco (20/11/2013), que as salas de aula, laboratórios, biotério, biblioteca etc disponíveis para o curso é adequada à demanda de ensino-aprendizagem e a proposta de desenvolvimento do curso segundo a abordagem pedagógica problematizadora. h) A IES apresenta um contínuo de 247. Os avaliadores atribuíram nota 5 à proposta de curso ora sob análise. i) A IES possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em funcionamento, em processo de credenciamento pela CONEP. IV. **Parecer Final** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO a autorização do curso de Medicina, apresentada pela Faculdade das Américas – FAM, do município de São Paulo (SP), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE para os próximos ciclos avaliativos: a) que a IES apresente a homologação do Plano de Carreira Docente pelo Ministério do Trabalho, um recurso importante para assegurar a fixação do corpo docente em tempo integral com titulação stricto sensu e o

desenvolvimento de um PPC centrado na pedagogia das metodologias ativas, integrada, modular e interdisciplinar; b) que sejam monitorados os programas de residência médica recentemente implantados no hospital que receberá o aluno, quanto a articulação entre os dois níveis de formação; c) demais cursos da área de saúde estão recém-implantados, portanto, para assegurar a interprofissionalidade qualificada faz-se necessário monitorar a qualidade dos demais cursos ofertados; d) que a IES apresente comprovação de homologação do CEP pela CONEP; e) que na renovação dos Termos de Convênio com o Município seja revisto o prazo de validade de 5 anos, pois o tempo de integralidade máxima do curso é 9 anos. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que a prática dos alunos se dá em São Bernardo do Campo e que seria ideal que todos os cursos fossem estruturados dessa forma, pois ele atende a todos os itens da Resolução e por isso questionou se será realmente oferecido tudo que foi apresentado. A prefeitura da cidade apresentou tudo que foi solicitado, mas o convênio tem o prazo de 5 anos e o curso de 6 a 9 anos, ultrapassando, portanto a gestão. Não sabe se já foi enviada a homologação da CONEP, caso já o tenha sido irá retirar a recomendação. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** perguntou o que ocorre caso não tenha o reconhecimento da CONEP. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que não há problema porque já contam com dois hospitais de ensino que precisam que sejam credenciados para serem considerados como tal. Mas ainda assim foi feita a recomendação. **Deliberação: Aprovado com um voto contrário e uma abstenção. 10) Referência:** Processo nº 201305779. **Interessado:** Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM. Patos de Minas (MG). **Curso:** Reconhecimento de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº 350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES possui Termo de Convênios Hospitais e Prefeitura do Município. Os avaliadores verificaram que os convênios estão formalmente assinados com a gestão local do SUS, portanto assegurando cenários de prática na rede de saúde do SUS para os alunos (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) A capacidade da rede de saúde instalada: No município sede do curso há unidades hospitalares e rede de atenção básica e de urgência e emergência instaladas; nesses cenários de prática, haverá envolvimento de médicos dos serviços como preceptores. Não há no Município Hospital de Ensino certificado pelo MEC/MS (Portaria 2.400/07). A disponibilidade de leitos para o SUS (480) assegura uma oferta de serviços capaz de atender a demanda de 60 estudantes que ingressam no curso anualmente, sem sobrecarregar a rede, o que favorece a implementação da metodologia ativa. Por sua vez, a rede de atenção básica é capaz de atender a inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso, conforme descrito no PPC. c) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os termos de convênio firmados com diversas Prefeituras de cidades do entorno e da própria cidade evidenciam o compromisso forma dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; d) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa em seu PDI e PPC que há inserção do estudante nos cenários de prática na atenção básica desde o primeiro ano do curso e como ela ocorre por meio de atividades extensionistas, de aproximação do aluno com a comunidade no início do curso e no internato, contemplando o recomendado pela Resolução CNS nº 350/2005; e) A coerência entre o PPC e sua implementação. As vagas (60) ofertadas por semestre e o número de professores e preceptores contratados em tempo integral e parcial indicam uma relação professor/aluno adequado ao desenvolvimento do PPC que está sendo implementado com a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, para grupos de 9 a 12 alunos, atendendo ao preconizado pela Resolução nº 350/2005. As atividades práticas supervisionadas e os procedimentos didático-pedagógicos estão sob a responsabilidade da IES. Tais atividades são planejadas e executadas em conformidade com o Currículo do Curso, sob supervisão direta de pessoal contratado pela IES em regime da CLT. A carga horária de estágio supervisionado e internato atende ao disposto nas DCN. A IES explicita os campos de prática na rede SUS (Resolução nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8080/90), incluindo a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que foi considerado, pelos avaliadores, como adequado para assegurar a absorção dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS. Mas, considerando, que anualmente, 60 alunos da IES chega às Unidades de Saúde, a relação leitos-estudante é de 8/1, acima do preconizado pela Portaria MEC nº 2 de 1 de fevereiro de 2013, que prevê uma relação de 5/1. f) O corpo docente. A totalidade do corpo docente possui pós-graduação, sendo que aproximadamente 1/3 possui titulação de mestres e doutores; 73,4% são contratados em regime de tempo integral; 73,43% possui experiência docente superior a 5 anos. Há plano de carreira docente implantado na IES. Da relação do corpo docente original, cinco deixaram o curso e seis foram contratados. g) Sobre a infraestrutura do curso. Os avaliadores do INEP observaram, na visita in loco,

que as salas de aula, laboratórios, biotério, biblioteca, Centro Clínico Universitário mantido pela IES são adequadas à demanda de ensino-aprendizagem. h) A IES apresenta um contínuo de 270 (faixa 3). Os avaliadores atribuíram nota 4 à proposta de reconhecimento do curso sob análise. i) A IES possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em funcionamento e homologado pela CONEP. IV. **Parecer Final** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é SATISFATÓRIO ao reconhecimento do curso de Medicina da UNIPAM, do município de Patos de Minas (MG), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. RECOMENDA-SE para os próximos ciclos avaliativos: a) que a IES apresente Plano de Qualificação do Corpo Docente, tendo em vista que aproximadamente 2/3 não possuem titulação em pós-graduação stricto sensu, um recurso importante para assegurar a fixação do corpo docente em tempo integral e o desenvolvimento de um PPC com metodologia ativa; b) apresente termo de convênio com hospital de ensino; c) apresente plano de implantação de programas de residência médica em parceria com a rede SUS; d) que a gestão local na relação com a IES se comprometa em realizar melhorias na rede de atenção do município de modo a qualificar a formação no SUS. O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** perguntou quando foi autorizado o curso. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** respondeu que foi em 2007, iniciou o curso em 2008 e a 1ª turma estaria formando em 2014. **Deliberação: Aprovado com quatro abstenções. Encaminhamentos: 1) Aprovados 10 pareceres da CIRH. 2) Socializados 4 relatórios de visitas. 3) A Mesa Diretora deverá levar ao Ministro da Saúde o pedido para intervir junto ao MEC solicitando a institucionalização da participação CNS nas visitas aos municípios e faculdades candidatos a sediar curso de medicina que contará com a presença dos conselheiros Ivone Evangelista Cabral e Alexandre Medeiros de Figueiredo os quais levarão a minuta da portaria interministerial a ser publicada.** Após a aprovação dos pareceres, foi feita uma pausa para lanche e os trabalhos foram retomados a seguir com o próximo item da reunião. **ITEM 4 – O CONTEXTO E CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** *Apresentação:* Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidenta do CNS. *Coordenação:* Conselheiros **Edmundo Dzuaiwi Ömore, Nelcy Ferreira da Silva e André Luis Bonifácio de Carvalho**, Mesa Diretora do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, fez uma apresentação do levantamento das conferências nacionais de saúde até então realizadas, sobretudo a partir da 8ª desconsiderando as temáticas. O tema da apresentação foi: 25 anos de conferências de saúde democráticas e participativas: lições aprendidas e desafios para a 15ª CNS. Na introdução explicou que elas foram instituídas pela Lei 8142/1990, como instâncias colegiadas para: “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” convocadas em períodos regulares, em cada esfera de governo para intervir no Planejamento e Orçamento público da saúde. apresentou a linha do tempo das Conferências apontando o marco histórico da luta pelo direito à saúde, a 8ª CNS que correspondeu ao momento em que as conferências assumiram caráter participativo, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e terem sido precedidas por conferências em estados e alguns municípios. “as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas...” Ela identifica a situação de saúde do povo e suas necessidades e demandas, com a definição dos problemas e prioridades dos usuários “e se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos, que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte.” “As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes...” (GUIZARDI et al, 2004). Apresentou os desafios para o debate da XV CNS, quase sejam: Realizar um balanço da Participação Social nos 25 anos de conferências de saúde desde a 8ª CNS, Realizar um levantamento acerca de tendências observadas em relação às conferências nacionais de saúde desde 1986; Propor princípios e diretrizes gerais e ainda preliminares para a organização da XV Conferência Nacional de Saúde. A Metodologia do Trabalho foi estruturada por meio de uma assessoria e apoio do professor Antonio José Cardoso do Laboratório de Planejamento Participativo em Saúde/UnB para uma Revisão Sistemática da Literatura e Análise Documental sobre Conferências de saúde; Discussões no CNS junto à Mesa Diretora do CNS (24/2); Jornada das Comissões (11/3); Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos (26/3); Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (28/5) etc. Debate na Rede Unida e EXPOGEP e CONASEMS. Diagnóstico I: As conferências vêm produzindo um número cada vez maior de resoluções. O número de resoluções aprovadas por conferência subiu de 49, na 8ª CNS, para 857 na 13ª CNS. Se tais números refletem, por um lado, a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, eles podem revelar, por outro, possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexistência de tantas resoluções. Diagnóstico II Essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem todo o espectro de ações implementadas pelo SUS, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades. O papel das diretrizes expressas pelas conferências de saúde é tornar claros os objetivos que devem ser alcançados pela política de saúde. Essa imagem-objetivo é o guia que orientará a identificação das estratégias mais adequadas no médio prazo. Se as conferências não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo se igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e

acompanhamento do planejamento da ação governamental. Parece indispensável se enfrentar a necessidade de um esforço de síntese, com formulações abrangentes, que permita escolhas sobre as prioridades em termos de diretrizes. Diagnóstico III A participação social no SUS foi incorporando novos atores sociais, representantes de interesses específicos, o que se reflete hoje na própria composição dos conselhos e conferências de saúde. Nessa linha, a tradicional agenda do movimento sanitário precisou ser ampliada, em sintonia e alianças com novos atores e movimentos sociais. Entretanto, “a simples soma das reivindicações e ‘direitos’ de cada segmento, entidade e instituição, não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da equidade e universalidade... Nem os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades” (BRASIL. CONASS, 2009). Diagnóstico IV É preciso lembrar, ainda, que “nessa arena de disputa, que representa o setor saúde, um fator responsável por desequilibrar as forças é o acesso à informação e ao conhecimento. (...) O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel. Por isso a comunicação está relacionada ao poder, e sua apropriação pelas camadas populares é um importante instrumento de luta” (COELHO, 2012). Diagnóstico V A produção da saúde envolve a superação dos recortes setoriais tradicionais para o enfrentamento de problemas complexos, multideterminados, com espacialidades distintas e que integram espaços de governabilidade externos ao setor. Isso é claro nos relatórios das conferências nacionais, onde se identificam inúmeras recomendações que implicam ações de outros setores relevantes para a saúde. Diagnóstico VI Por fim, é preciso considerar a dinâmica de funcionamento das conferências, um dos determinantes da participação dos representantes dos usuários nestes fóruns participativos (CORTES, 2002). Parece haver certo consenso de que tanto as plenárias temáticas e final transformam-se em palanques, quanto, cada vez mais, se consome energia no debate de variações de redação de proposições, sem alteração significativa de conteúdo. Sugestões da Mesa Diretora do CNS (24/2) Articular a diversificação de interesses na constituição da Agenda Setorial; Minimizar os diferenciais de acesso à informação relativa ao temário da XV CNS; Enfrentar a crescente pulverização das deliberações e priorizar propostas; Garantir a construção da Agenda pós-Conferência, com acompanhamento do cumprimento das deliberações pelo SUS (“A CNS não pode ser um fim em si mesma”); Promover articulação intersetorial, ampliando a governabilidade da saúde, potencializando resultados; Rever o formato das conferências visando favorecer o a participação e o diálogo na “construção do possível” (“metodologias que democratizem o debate”). Sugestões da Jornada de Comissões (11/3) Partir das experiências locais e valorizar o espaço das Regiões de Saúde, garantindo a participação das CGR nas etapas estadual e nacional: criação da etapa regional para a 15ª CNS (não-obrigatória)? Garantir condução democrática e escuta respeitosa; Realizar Planejamento Estratégico da XV CNS, integrando iniciativas segmentadas e parcelares; Realizar eventos (seminários, oficinas, debates) preparatórios com segmentos normalmente excluídos e rediscutir o modelo de representação; Repolitizar o debate e garantir a paridade de gênero. Rever as deliberações das CNS anteriores. Articulação e inclusão de segmentos comumente excluídos das CNS (mulheres, negros, indígenas, pessoas com deficiências, LGBT, pessoas em situação de rua, população do campo, imigrantes). Utilizar os ambientes virtuais para ampliar a participação social. Criação de etapa ou plenária macrorregional Pré-15ª CNS? Garantir o momento de Análise de Situação e das Políticas Públicas de Saúde nas etapas da 15ª CNS. Garantir que os Relatórios da etapa estadual sejam encaminhados com maior antecedência à etapa nacional. Garantir a participação do Poder Legislativo e das Agências Reguladoras (ANS e ANVISA) na 15ª CNS. Comentário Final. O desafio que está colocado é do aperfeiçoamento do processo democrático no SUS. A discussão sobre o formato e o processo de preparação e realização da 15ª CNS precisa ser desencadeada imediatamente para que seja possível chegarmos a um modelo de organização e funcionamento em que a participação social promova o fortalecimento do SUS sem reproduzir modelos contrários à democratização das políticas de saúde. Explicou o que caracteriza cada uma das conferências são as mudanças ao longo do tempo. O que dá sua importância, antecedendo o trabalho dos conselhos, são os sujeitos que mobilizam e os que precisam de atenção. É o que está sendo feito agora na organização da conferência, antes da instituição da comissão organizadora a qual fica muito limitada. Apresentou um quadro comparativo de 1886-2008 onde houve um número crescente de proposições e se perguntou o que ele reflete. Houve um avanço sobre as formulações abrangentes, mas não de prioridades. As diretrizes estão distantes do PNS. Questionou que outros atores ainda precisam ser garantidos e mobilizados, os excluídos ou em nível de desigualdade, por exemplo. Em vários relatórios e falas o nível de informação dos delegados que participam é diferenciado, o que influencia na capacidade de tomar decisões coletivas. Quem tem mais informações tem mais poder. É preciso um funcionamento propositivo. Muitas vezes ocorre somente uma atitude de palanque sem alterar o conteúdo e sem apresentar proposições. É preciso ter contexto não só discutir a organização. Algumas etapas coincidem com a organização dos governos nos estados. O programa Mais Médicos é uma das portas de entrada para falar com a população, por mais que o critiquem. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** explicou que existe um conjunto de debates já realizado e é preciso discutir o encaminhamento e não o conteúdo, porque dessa forma não conseguirão encaminhar. Há

2579 diagnósticos muito precisos e algumas sugestões já coletadas na apresentação. Agora é necessário
2580 sistematizar considerando os diagnósticos para superar os problemas e concluir até julho para
2581 deliberar até agosto. Perguntou quem será o responsável por fazer isso. A Conselheira **Ana Maria**
2582 **Costa** afirmou que o CNS tem um grande acúmulo nessa área e é preciso direcioná-lo de forma
2583 objetiva para encaminhamento, mesmo com um tempo longo, para realizar todas as etapas e ampliar o
2584 debate produzindo teses e documentos que proliferem esses debates. A convocatória deverá sair em
2585 julho ou agosto. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, confirmou que ela não poderá
2586 passar de agosto e em julho será difícil em razão das eleições. A Conselheira **Ana Maria Costa**
2587 lembrou que não se pode expandir a temática. Deve-se centrar em focos estruturantes e aprofundar os
2588 temas centrais. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** relatou que na reunião da SISPD realizada
2589 mais cedo naquela data haviam sido ratificados com a militância de fora do Conselho os pontos
2590 centrais da 15ª CNS estabelecidos na jornada das comissões, dentre eles o de construir novas
2591 possibilidades de participação com a experiência da CGU, da conferência de participação social e do
2592 controle social, além das conferências virtuais, das pré-conferências, e do plano estratégico para
2593 enfrentar a relação público-privado, estatal e não-estatal, de forma ampla nas três esferas de governo
2594 para politizar debate. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** ressaltou que o foco deve ser o sistema
2595 de novas terapias alternativas e que é necessário mudar o modelo para difundir as conferências para
2596 maior participação dos movimentos populares. Anunciou que foi aprovado um pedido de auditoria do
2597 DENASUS em sua cidade. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** evocou o contexto do racismo
2598 institucional, dos 126 anos da abolição da escravidão e os 10 anos da despatologização da
2599 homossexualidade. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** recordou que na 8ª Conferência
2600 apenas 57 delegados estavam habilitados a votar, mas era a população quem ditava o que deveria ser
2601 aprovado, pois ela tinha um ideal. Isso deve ser resgatado, utilizando a produção do MS e identificando
2602 figuras históricas com a inclusão do tema na parte cultural realizando exposições em espaços públicos,
2603 como a Câmara dos Deputados. Deve-se também discutir como se dá a participação da sociedade. O
2604 Conselheiro **Gilson Silva** avaliou que a discussão deveria extrapolar as paredes do CNS e registrar a
2605 participação da sociedade nas ruas, no campo, nas moradias dos quilombolas. Será necessário um
2606 seminário para preparar a 15ª Conferência. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** concordou com a
2607 proposta da Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca sobre a exposição dos painéis na Câmara
2608 Federal com a história das conferências na linha do tempo até a 7ª Conferência e maiores informações
2609 da 8ª Conferência em diante. Também preparar uma recepção para os novos deputados que entram
2610 em 2015 prestando-lhes informações sobre os conselhos e as conferências. Alegou que faltou um nível
2611 de participação de cada segmento da sociedade, não o segmento dividido em usuários, trabalhadores
2612 e gestores, mas dos participantes dentro de cada um deles. É preciso realizar um perfil de suas
2613 composições para saber quem não tem participação. É importante aprender com as conferências de
2614 outros setores e fazer uma escuta para saber quais os acertos e desacertos e convidar representantes
2615 desses setores para compartilhar suas experiências, assim como uma escuta da demanda da
2616 sociedade civil organizada. Na 4ª CNSTT foi realizado um seminário, mas não houve uma avaliação
2617 para verificar se foi produtivo. **Jacildo de Siqueira Pinho**, Coordenador plenária do MT, defendeu
2618 novas formas de mobilização, como o que estava acontecendo naquele momento, o CNS
2619 descentralizar as reuniões como já é feito pelos coordenadores de plenária e por outros conselhos.
2620 Assim será possível perceber outros modelos e ouvir os principais atores. O Conselheiro **Luis Eugenio**
2621 **Portela Fernandes de Souza** alertou que a conjuntura em que foi realizada a 8ª Conferência foi outra
2622 em que havia ditadura militar no país e uma maior mobilização em torno da esperança, e do
2623 conagração, onde a direita estava isolada. O oposto da conjuntura desse ano e do próximo onde
2624 questiona-se a democracia e a direita tem manifestações fascistas fortes. 30 mil pessoas ascenderam
2625 na escala social. Isso muda bastante o cenário, no entanto ele não soube avaliar de que forma. Há
2626 uma disputa política em que o projeto da sociedade não tem unidade como tinha em 1986. Será
2627 preciso resgatar a eficácia política e esse espaço não pode mais ser para briga entre eles mesmos. É
2628 preciso mudar nesse momento de ameaça à democracia ou entregar-se-á a política de saúde para
2629 reação internacionais nesse sentido. Ela deve ocorrer antes do momento de elaboração do PPA para
2630 ser capaz de formular políticas e, para isso, precisa ser capaz de dialogar com os diversos setores
2631 fazendo eventos pré-conferência no próximo semestre e mobilizando conselheiros estaduais e
2632 municipais. Votou por dividi-la em duas etapas: a primeira analisa a situação e não delibera, garantindo
2633 subsidiar as proposições na 2ª etapa. Propôs a inversão de etapas com a realização em primeiro lugar
2634 da etapa nacional, depois as estaduais e por último as ampliadas. O Conselheiro **Geraldo Adão**
2635 **Santos** avaliou que, uma vez definido o temário, deve-se usar a rede de comunicação oficial para
2636 chamar a população a participar. É importante trabalhar a questão da formação de recursos humanos
2637 para o SUS cumprindo art. 200 da Constituição Federal. Não se pode depender do Programa Mais
2638 Médicos, é preciso uma solução definitiva. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleu** destacou que o
2639 temário deve ser a qualidade do SUS e, a partir daí, analisar diversas perspectivas. Comentou que há
2640 estudos afirmando que qualidade determina a adesão a serviços saúde em todo mundo, a capacitação
2641 profissional e atenção em saúde. Sugeriu a utilização de instrumentos por município com ajuda da

tecnologia: programas online para envio de propostas, avaliação de causas, ações e acompanhamento. Solicitou que fosse feito o relatório da 14ª conforme pedido na jornada das comissões, pois várias atividades não foram feitas, e depois disponibilizar os instrumentos de acompanhamento. Propôs que a partir de julho se inicie a convocação ampliada sem compromisso de a parte regimental estar pronta. Teme que antecipar a realização da Conferência para antes da elaboração do PPA seja um problema em razão do tempo exíguo. Afirmou que uma vinculação com o PPA é ilusória. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, pediu para enxugar a quantidade de itens e retirar as palavras de ordem, pois o importante é a comunicação. Sugeriu o debate com a comunicação social buscando mecanismos de comunicação para alcançar a todos. Deseja levar as reuniões do CNS para os estados e que os CES façam a mesma coisa em relação aos municípios tornando-as itinerantes. Questionou se esse modelo desenvolvimento ainda satisfaz e provê uma resposta social, acreditando se necessário um processo inovador pois ainda hoje são enviados delegados despreparados e às vezes partidários, quando na verdade se precisa de pessoas para discutir o SUS e a qualidade de vida e saúde. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** pediu pela acessibilidade e que consignasse em ata que, em definitivo, não haverá mais dificuldade de acesso. Em relação à comunicação vem pedindo desde 13ª Conferência a elaboração de material em braile matéria-prima exclusivamente reciclável, assim como a tradução simultânea em libras em todos os eventos. Ainda solicitou que a acessibilidade não se resume à instalação de rampas e que a Comissão informe tudo que precisa, inclusive a questão da alimentação para pessoas com restrições alimentares. A Conselheira **Marisa Furia Silva** concordou que se deve mudar o modelo e verificar o que foi feito e o que não foi para em seguida debater nos estados e municípios e saber como implantar as propostas. Caso contrário haverá apenas repetição. Considerou interessante a realização de pré-conferências e seminários. Evocou não esquecer a acessibilidade ao celiaco, alérgico, pessoa com diabetes e hipertensão. Pediu que o conselheiro participasse da elaboração do edital de contratação da empresa de realização do evento para ter a possibilidade de acrescentar detalhes necessários. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** coadunou em inovar com realização de audiências públicas, inclusive com o tema da conferência, e em abrir o CNS para a participação popular com a participação de atores da sociedade para realização de escutas. Compartilhou a ocorrência de um seminário internacional sobre sistema universais na OPAS o qual relatou a eficiência do sistema francês. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** asseverou que essa contribuição era importante para trazer em julho o documento síntese e que algumas coisas precisam de um maior tempo de duração e solicitou que nas próximas pautas fosse planejada uma duração de mais de uma hora para a realização das atividades relacionadas ao planejamento da Conferência possibilitando uma discussão mais aprofundada. Afirmou que muitas coisas já estão sendo colocadas em prática e que existem outras formas de comunicação com a sociedade além do CMS. Sobre a comunicação lembrou ser preciso explorar melhor as colocações de Leandro Fortes na reunião em que ele participou. A Mesa Diretora irá trabalhar para em julho trazer o documento síntese com esses elementos para o pleno apreciar e fazer ajustes na convocatória que deverá ser publicada até agosto. Isso deverá estar na agenda da Mesa Diretora com o Ministro da Saúde porque é exigido um ato formal de convocação. Será preciso constituir um grupo de trabalho. Ressaltou que só restam três ou quatro meses até o fim do ano em razão da realização da copa do mundo de futebol e das eleições gerais. Explicou que há um decreto presidencial que restringe os deslocamentos em cidades onde serão realizados jogos da copa do mundo de futebol. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que é preciso trazer a experiência do setor de desenvolvimento agrário na realização de sua conferência setorial. Atacar gargalos que são consenso e realizar a inovação da mobilização para inclusão de novos atores e temas. Explicou que existem experiências bem sucedidas com outras formas de comunicação. Sobre a formulação de propostas atestou que deve ser realizada a discussão nas comissões sobre teses em que elas têm papel relevante. A qualidade do serviço está na pauta da população, mas os militantes sabem que ela exige políticas estruturantes. A linguagem não pode perder contato com a agenda estratégica, mas deverá ter apelo para as necessidades das pessoas. Isso pode gerar crítica por reduzir o escopo, mas fará com que todos entendam uma linguagem de cotidiano que deverá estar ligada a temas estruturantes. A reunião ordinária de julho será realizada em três dias com um ato político em um destes e a assinatura do acordo de cooperação com MP no outro. Para o debate da conferência será necessária a realização de uma oficina, pois o formato da reunião do pleno não é propícia. O conteúdo pode ser pautado em uma segunda agenda. O tema ficou para ser concluído na continuação da reunião no dia seguinte. Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luis Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do

Brasil – CNBB; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHA; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José João Lanceiro de Palma de Palma**, Ministério da Saúde; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplataados do Brasil (FARBRA); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rodrigo de Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB e **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral da Saúde. Iniciando o segundo dia de reunião, a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, deu continuidade à discussão do item 4 da pauta. **ITEM 4 – O CONTEXTO E CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Apresentação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidenta do CNS. *Coordenação:* Conselheiros **Edmundo Dzuaiwi Omore** e **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, falou que serão feitas anotações para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde analisando os gargalos e os consensos definindo como serão enfrentados nas próximas reuniões do pleno. As contribuições sinalizam caminhos. Os temas apontados foram: comunicação, mobilização, formulação de política, fortalecer controle social mobilizando os conselhos nos estados e a coordenação de plenárias, assim como a educação popular. A partir de julho todas as ROs devem pautar a 15ª Conferência, iniciando pela mobilização e comunicação, trazendo experiências bem sucedidas de outras áreas. No tema da comunicação deverá ser convidado o jornalista Leandro Fortes para a reunião de julho. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** reafirmou que não tem preocupação em relação ao tempo porque a 15ª Conferência e o pleno discutem os temas com mais oportunidade, tempo e profundidade do que as anteriores. Mas esses temas devem ter encaminhamento para serem aproveitados da melhor forma possível. Realizou uma sistematização: para a próxima RO de julho deve ser apresentada uma síntese desse conjunto de contribuições e algumas sugestões feitas por um GT ou uma assessoria com diagnósticos e sugestões se são suficientes para resolver todos os problemas ou se precisam ser mais específicas. Concordou que o tema deve ser pautado em todas ROs e com mais tempo destinado à discussão. Deverá ser definido um debate sobre o conteúdo e políticas públicas com apresentação de propostas a serem enviadas com antecedência de uma semana. Disse que se sente representado pela Mesa Diretora e acha que ela pode fazer a síntese do documento, mas não sabe se haverá tempo. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** compartilhou a linha de pensamento do Conselheiro Haroldo Jorge de Carvalho Pontes e acrescentou que está tudo muito bom, mas está em nível de generalidade que precisa ser amadurecido e deliberado. Para a próxima RO um grupo deve ficar responsável por distribuir os pontos que precisam ser amadurecidos e deliberados. Não precisa ser de uma vez, pode ter um cronograma (deu o exemplo: data, pré-conferência, dinâmica, definição dos delegados da outra

dinâmica). Explicou que cada um precisa discutir nas suas bases. Sugeriu que a síntese seja elaborada ou um GT ou pela Mesa Diretora e nominou o Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur como experiente em coordenação devendo fazer parte do grupo. Se colocou à disposição para ajudar em São Paulo e em todo o país, lembrando da urgência de preparar tal síntese. **Luiz Antônio Pereira, Luizinho**, coordenador de plenária de Minas Gerais, pediu que fossem qualificados os delegados, como foi feito na 4ª CNSTT, e o controle social em geral. Afirmou estar à disposição para percorrer os municípios e desejou que essa Conferência seja eficaz. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** sugeriu a criação de um grupo de apoio ao trabalho da Mesa Diretora pensar a estrutura de organização da Conferência e definição das tarefas que a comissão possa desenvolver. A apresentação do resultado do trabalho seria realizada no Conselho com a sistematização e recomendação dos passos seguintes levando para ser deliberado na plenária e para a sociedade evitando que o anarquismo tome conta. É preciso direcionar a composição do grupo para cumprir tarefas, ser mais participativo e inclusivo. Todas as comissões assumiram a tarefa de analisar o relatório da 14ª Conferência e ao final todas concluíram com a mesma recomendação em todos os eixos e utilizam as expressões “se possível”, “quando der” o que não gera bom resultado. A Conselheira **Ana Maria Costa** opinou por avançar na ideia da construção do material que irá contribuir para que o pleno decida de forma mais madura e objetiva, mantendo a função da Mesa Diretora na elaboração acrescida de um grupo de assessoramento provisório para fazer valer o sentido das comissões de assessoramento e conferindo-lhes missões e trabalhando com o conjunto das comissões temáticas nos assuntos mais estruturantes, e elas estabeleçam diálogo com as demais, para sistematização de conteúdos na 2ª etapa. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** resgatou o que é esquecido pela maioria: o fato de que todos são “povo”. Não se pode continuar fazendo essa dicotomia entre povo, conselho, candidato. As demandas vêm das bases, das estruturas do controle social para serem compiladas no espaço nacional. Esse é o maior gargalo. Sempre se espelha na 8ª Conferência porque ela refletiu o que o povo quer: a transformação do país, principalmente na saúde. A proposta mais contundente é formar uma comissão e se ela for aprovada pediu tempo para reunir o segmento dos trabalhadores para indicar um representante. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** qualificou aquele como um momento especial de encaminhamento para a Conferência e propôs um GT composto por cinco pessoas para colaborar com o trabalho da Mesa Diretora. Sugeriu a realização de um processo colaborativo utilizando as novas tecnologias em software livre para definir aspectos gerais e três ou quatro grandes ideias e abrir para contribuição popular via internet durante um mês. Não precisa chamar de audiência pública porque os termos estão questionáveis. Elas não têm servido para construir e sim para legitimar e não têm colaboração. Poderia chamar de escuta popular. O importante é não levar o produto pronto já que dessa forma as pessoas participam, mas não aderem. Propôs que seja encaminhado para os fóruns discutirem e reunir o grupo em meados de junho para sistematizar em julho. O Conselheiro **Sebastião Geraldo Venâncio** asseverou que o CNS está mais perto dos CES e CMS e dos movimentos que representa. Historicamente sempre se divide Brasil por regiões e isso deve ser feito com a realização de pré-conferências em 5 a 8 grandes regiões. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que já que entendem importante buscar opinião da população, podiam fazer documento solicitando a cada CMS que faça uma reunião extraordinária com esse tema para ter a voz do município. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** avaliou que o manifesto ter vistas à realização da 15ª Conferência para mobilizar e alcançar a sociedade. Concordeu com o assessoramento da Mesa Diretora. O Conselheiro **João Donizete Scaboli** propôs fazer uma reforma política urgente. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore** pediu que o Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur resgatasse a carta da SISI sobre as eleições elaborada em 2014 e disse estar muito preocupado com o momento antes da vírgula, a eleição, e após. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** afirmou que foi entregue uma nota na última reunião do CNS a todas as comissões com o argumento de ser um subsistema poder ter um adendo no CNS com essa contribuição política. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, lembrou que a população indígena está valorizando as vírgulas mais do que os demais cidadãos do país. Existem tarefas imediatas e outras que se desdobram. Uma das imediatas é sistematizar o debate e cruzar como os que já foram feitos sinalizando caminhos, debater e deliberar ponto a ponto. A outra é formular conteúdo político que já tem definição em torno das prioridades, e não é tão urgente, mas organizativo. Outro desafio é que as conferências setoriais realizadas (CNSI e CNSTT) não podem perder força durante a construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde. É preciso ver o que é prioritário nessas agendas e potencializar para 15ª Conferência. Pensar melhor a pauta do pleno, ampliar algumas reuniões e o formato. Em meses alternados ser realizada uma oficina, mesmo que haja o plano de trabalho para organizar essa construção, ela não dá conta de resolver todas as situações. Um ano pode parecer muito tempo, mas não é pois a dinâmica do CNS é intensa, todo mês tem uma pauta importante (saúde indígena, saúde do trabalhador) mas a construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde não pode sair da pauta. Concordeu em ter uma comissão para auxiliar o trabalho da Mesa Diretora. A iniciativa de pautar a 15ª Conferência veio da gestão durante a realização da EXPOGEP. Ela é responsável pela convocação, mas a coordenação deve ser do CNS. A Conferência não é patrimônio privado do CNS, e sim da

sociedade brasileira. O CNS apenas coordena. Afirmou ser muito bom que várias entidades tenham pautado a 15ª Conferência Nacional de Saúde e é preciso somar e ampliar as escutas. O fato de chamar CNS e debater já é uma adesão e mobilização. Concordeu com a inovação porque não se chega a outros sujeitos, mesmo com as entidades. Para a sistematização e formulação de conteúdo afirmou que um grupo grande seria pouco operativo. Em relação ao espaço de debate, ele deve ser democrático e uma oficina seria mais efetiva. **Informou que os Conselheiros Clovis Adalberto Boufleur e Abrahão Nunes da Silva haviam sido indicados pelo fórum dos usuários para compor o grupo do texto sobre as eleições** e que o texto da SISI servirá de ajuda para a elaboração do manifesto. É preciso pensar em como dar capilaridade e divulgar a agenda e colocar as comissões para funcionar. Entendeu que não precisa indicação pelo o fórum dos trabalhadores porque a paridade já ocorreu no momento de construção das comissões. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** explicou que a solicitação foi para indicar para compor o GT. **Jacildo de Siqueira Pinho**, coordenador plenária do MT e membro do CES, relatou que em suas reuniões irão fazer propostas sobre 15ª Conferência para auxiliar o trabalho do CNS e a deliberação se torna melhor. Se propôs a fazer parte do GT. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** encaminhou que fosse composto um GT e não uma comissão e que ele tivesse uma atividade específica para esse mês no formato de diagnóstico com proposição de sugestões. E houvesse uma oficina com as questões do papel das comissões. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** lembrou que essa oficina terá que inovar na forma e ter mais debate e menos palestra e que se deve sempre pautar a 15ª Conferência nos movimentos. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** manifestou simpatia pela demanda por reuniões itinerantes e por fazer as oficinas em outros lugares, além de enviar uma delegação para ajudar a organizar o debate nos CES e nas conferências livres. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, invocou questão de ordem para compor o grupo de no máximo de cinco pessoas para sistematizar e fazer o plano de trabalho da oficina com inclusão de um dia na RO julho, atribuindo papel às comissões para o balanço da 14ª Conferência. O grupo de elaboração do texto sobre as eleições deve se reunir nos próximos 10 dias e ressaltou a dificuldade de viagem no período de copa em razão do decreto presidencial. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** apresentou o cronograma: enviar até 4 de julho o texto para o Pleno se debruçar sobre os dois documentos importantes. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** informou que os únicos dias viáveis são 26 e 27 de junho em razão de feriados e da realização de jogos da copa do mundo de futebol. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** ofereceu a sede da ABEN para sediar a reunião. A Conselheira **Marisa Furia Silva** sugeriu que a cidade de realização da reunião fosse escolhida depois que montasse o grupo em função da localidade de residência de seus membros. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** divulgou que o documento deveria ser enviado até dia 4 e o grupo teria a semana de 23 a 27 de junho para trabalhar. Seria necessário um encontro para fechar documento e a discussão poderia ser iniciada por e-mail. **Foi escolhida a data de 27/06 para encontro dos membros.** A Conselheira **Ana Maria Costa** solicitou que o grupo receba o material com antecedência. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** lembrou que se trata de um grupo-tarefa. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** completou que esse grupo não delibera e funcionará só para esse momento. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, complementou que ele irá sistematizar e orientar a oficina, a qual contemplará todos os conselheiros. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** explicou se resolve o problema de viagem marcando a reunião em cidade onde não haverá jogo de copa do mundo. A Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** reiterou o pedido da Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida para que o segmento dos trabalhadores se reunisse para indicar o representante. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** explicou que quem delibera é o pleno. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, assegurou que ninguém ficará excluído da participação na organização da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** afirmou que cada fórum tem compromisso e responsabilidade de participação e indicação. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que o fórum não é deliberativo, e sim o pleno e deve ser democrático. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** realçou que tem que deixar claro qual é a regra democrática e fazer dessa forma a prática. Não pode ser de forma diferente, conforme a articulação. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que essa situação é mais corriqueira e diferenciada. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** destacou que se deve pensar no que aconteceu nos últimos 10 minutos onde se faz uma boa discussão e na hora da indicação outra coisa toma protagonismo. O GT tem apenas uma tarefa e apenas uma reunião. O resto será discutido na oficina. Ele irá sistematizar o que já está posto, não traz sugestão. Por isso a proporcionalidade é uma referência e não uma obrigatoriedade. É um grupo de trabalho e não uma comissão. Todos entendem a responsabilidade. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que já existe um 2º critério democrático e legítimo. Na 2ª etapa é as coordenações das comissões irão participar e na 3ª todos os conselheiros participam. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** sugeriu apresentar os nomes e depois realizar a votação. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** falou que o grupo possui uma tarefa diferente da coordenação das comissões e que **pode** haver necessidade de mais grupos. A

Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** pediu para adiar para a escolha para julho. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** solicitou que fosse explicado o que é o grupo porque percebeu que a maioria não entendeu. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, informou que o plenário estava esclarecido e pediu que os candidatos se apresentassem: 2 da gestão, 3 do segmento dos trabalhadores e 5 do segmento dos usuários. Dentre os usuários se ofereceram para compor o grupo os Conselheiros: Márcia Patrício de Araújo, Simone Vieira da Cruz, Verônica Lourenço da Silva, Adriano Macedo Félix e Clovis Adalberto Bouffleur. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** abriu mão de sua candidatura pela Conselheira Simone Vieira da Cruz. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** sugeriu que os segmentos conversarem. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que não havia tempo e já estava encaminhando e que votar não causa constrangimento. É preciso entender o papel. Todos se conhecem e sabem a tarefa do grupo. Continuando a candidatura se disponibilizaram pelo segmento dos trabalhadores os Conselheiros Gerdo Bezerra de Faria, Ana Maria Costa e Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza. Pelo segmento dos gestores, os Conselheiros José João Lanceiro de Palma de Palma e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes. Pela **Mesa diretora são membros natos os Conselheiros Maria do Socorro de Souza, Nelcy Ferreira da Silva, André Luis Bonifácio de Carvalho**. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** lembrou que o Conselheiro Clovis já está indicado para o grupo do manifesto. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** propôs um **grupo com 6 pessoas, 2 de cada segmento. Encaminhamento aprovado**. Contagem de votos: pelos usuários: Márcia Patrício de Araújo: 9 votos. Simone Vieira da Cruz: 14 votos. Clovis Adalberto Bouffleur: 18 votos. Adriano Macedo Félix: 2 votos. **Aprovados Simone Vieira da Cruz e Clovis Adalberto Bouffleur**. Trabalhadores: Gerdo Bezerra de Faria: 12 votos. Ana Maria Costa: 15 votos. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza: 19 votos. **Aprovados: Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza e Ana Maria Costa**. Gestão: **José João Lanceiro de Palma de Palma e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, os únicos candidatos. Pela coordenação de plenária haveria 1 representante por região. **Luceni Gomes de Novaes**, coordenadora de Plenária do Espírito Santo, pediu que fosse divulgado o local da reunião para a coordenação contribuir e acompanhar a reunião. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que seria utilizado o mesmo critério das RO. A Coordenação deve indicar os nomes. Para o GT não é esse o papel. Para a oficina seriam indicados 5 coordenadores de plenária. A próxima RO será realizada nos dias 16, 17 e 18 de julho. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** questionou se houve a recomposição ou ampliação do grupo do manifesto e afirmou que a reunião será no Rio de Janeiro. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, respondeu que houve uma recomposição. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** convidou a sociedade científica para retornar às reuniões do FENTAS por estarem estruturados dentro com CNS como segmento dos trabalhadores. **Encaminhamentos: 1) Constituído um GT para sistematizar as proposições para a realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Proposições da Mesa Diretora, propostas encaminhadas no painel realizado no XXX Congresso do CONASEMS, na 258ª RO e as demais enviadas ao grupo. Enviar documento síntese aos Conselheiros com antecedência de uma semana à realização da 259ª RO. Membros: da Mesa Diretora participarão os conselheiros Maria do Socorro de Souza, Nelcy Ferreira da Silva e André Luis Bonifácio de Carvalho; os representantes dos usuários são Simone Vieira da Cruz e Clovis Adalberto Bouffleur; os representantes dos trabalhadores são Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza e Ana Maria Costa; os representantes da gestão são José João Lanceiro de Palma de Palma e Haroldo Jorge Alves de Almeida Venâncio de Carvalho Pontes. 2) Convocar a 15ª Conferência Nacional de Saúde em agosto. 3) Mobilizar a população para participação nas etapas macrorregionais e estaduais. 4) Pautar a 15ª Conferência Nacional de Saúde em todas as reuniões com tempo maior para debate. 5) Convidar jornalista Leandro Fortes para a 259ª RO. 6) Utilizar experiências bem sucedidas em outras áreas. 7) Realizar reunião do GT em 27/06/2014. Local provável: Sede da ABEN em Brasília ou cidade onde não haverá jogo da copa do mundo. 8) realizar oficina com todos os conselheiros e um coordenador de plenária de cada região para organizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Após esses encaminhamentos a mesa foi composta para o item 5 da pauta. ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS. Apresentação: Francisco Rózsa Funcia, Consultor Técnico da COFIN/CNS. Coordenação: Conselheiro Edmundo Dzuaiwi Ômore, Mesa Diretora do CNS. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** explicou que na última reunião da COFIN foi feita uma análise da execução orçamentária do 1º quadrimestre de 2014. Isso não era a ideia original da COFIN, mas foi acordado que o MS envie relatório no fim do mês para receber o relatório de prestação de contas do 1º quadrimestres de 2014 e o prazo legal é até o fim de maio. No entanto, MS só o apresentou em 2 de junho, dentro do prazo legal, mas não a tempo da COFIN trazer o relatório na RO de julho. Firmou que recebe as planilhas de execução orçamentária regularmente há anos e as utilizou para essa análise preliminar. Os dados já estão fechados e integram relatório de prestação de contas que já foi apresentado. Encaminharam planilhas que corrigiam alguma informação e tais valores já estavam corrigidos no valor agregado de alguns itens de despesa. Se houver a revisão do PNS ou do PPA terá que ser apresentada até o meio do ano. Discutiu na reunião anterior as**

2957 prioridades para a LDO. A LOA será entregue em agosto e em julho receberá a informação do MS.
 2958 Afirmou que não há ilegalidade desde que os valores estejam compatíveis. Explicou que se a avaliação
 2959 indicar medidas corretivas para o cumprimento da LC 141/2013 e a avaliação de saúde da população,
 2960 o CNS pode encaminhar à Presidência da República. A análise do RAG 2013 poderá ser feita até 10
 2961 de julho e as comissões encaminham análise dos indicadores e metas para o CNS deliberar na reunião
 2962 de agosto. Apresentou a Análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (versão preliminar
 2963 revisada após a reunião de 29/05/2014, incluindo no final as propostas de encaminhamento dos
 2964 membros da COFIN/CNS) Janeiro-Abril/2014 (fechado) e 1º Quadrimestre/2014 (acumulado) para
 2965 Ações e Serviços Públicos de Saúde. Segundo a Lei Complementar nº 141 sobre Processo de
 2966 Planejamento, Execução Orçamentária e Prestação de Contas o Conselho Nacional de Saúde (CNS)
 2967 avalia e/ou delibera sobre: Plano de Saúde (PNS); Programação Anual de Saúde (PAS); Plano
 2968 Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Relatório de
 2969 Prestação de Contas Quadrimestral (RPCQ); Relatório de Gestão (RG). Apresentou a agenda
 2970 Permanente do CNS/COFIN para 2014: PNS e PPA: elaborados no 1º ano de gestão para vigorar por
 2971 4 anos a partir do 2º ano de gestão em vigor na União: 2012-2015 (passível de revisão anual). PAS,
 2972 LDO e LOA: elaborados e apresentados anualmente Em vigor na União: 2014; A ser elaborado: PAS
 2973 2015 (MS ainda não encaminhou ao CNS; prazo legal expirado) e PLOA 2015 (MS deve encaminhar
 2974 ao CNS antes de agosto), atualmente, em tramitação no Congresso Nacional: PLDO 2015. RPCQ:
 2975 elaborados e apresentados quadrimestralmente. 3ºQ/2013 (fev/2014); 1ºQ/2014 (mai/2014); 2ºQ/2014
 2976 (set/2014); 3ºQ/2014 (fev/2015). O CNS avalia e encaminha proposta de medidas corretivas para a
 2977 Presidente da República. RG: elaborado e apresentado anualmente em 31 de março (MS enviou ao
 2978 CNS dentro do prazo legal); e CNS deve apresentar um parecer conclusivo na reunião de agosto e
 2979 encaminhar para CIT CNS/COFIN/Funcia (2014-abril fechado). Em seguida fez a análise da Execução
 2980 Orçamentária e Financeira Ministério da Saúde (Janeiro-Abril/2014). Resumo Executivo: Ações e
 2981 Serviços Públicos de Saúde, 1ª Parte, indicadores macro-orçamentários. Explanou as Principais
 2982 Receitas Administradas pela RFB e Arrecadação Federal do 1º Quadrimestre/2014 e a Classificação
 2983 do Nível de Execução Orçamentária Ações e Serviços Públicos de Saúde - União Referência: janeiro-
 2984 abril. Apresentou o orçamento do Ministério da Saúde, a dotação atualizada e o saldo orçamentário
 2985 revisado após novo arquivo SPO/MS dividido entre ações e serviços de saúde – total; ações e serviços
 2986 de saúde – total – “piso”; ações e serviços de saúde – total – 15% RCL; ações e serviços de saúde –
 2987 total – 10% RCB; ações e serviços de saúde – total–13,2% RCL. Em seguida demonstrou a Execução
 2988 Orçamentária do Ministério da Saúde e das emendas com a dotação atualizada; o valor empenhado;
 2989 liquidado; pago e o saldo a pagar. Também fez a análise por itens (grupos de ações), unidades,
 2990 programas com o Nível de Empenho e Liquidação. Realizou um comparativo da Execução 2013 X
 2991 Dotação Atualizada 2014 (itens Selecionados com Empenhos acima de R\$ 500 milhões para o período
 2992 de janeiro-abril/2014). Apresentou um quadro resumo e a execução por programas do primeiro
 2993 quadrimestre e também o Orçamento do Ministério da Saúde com a Dotação Atualizada e o Saldo
 2994 Orçamentário das emendas. Ao final apresentou as Propostas de Encaminhamentos aprovadas pelos
 2995 membros da COFIN/CNS: 1. Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens com níveis “zero” ou
 2996 muito baixos de empenho e/ou liquidação, com destaque especial para: FNS: Vacinas e Vacinação
 2997 (item 18), DST/AIDS (itens 25 e 39), REHUF (item 24), Vigilância Sanitária-PAB (item 33) e Aquisição e
 2998 Distribuição de Medicamentos Estratégicos (item 38); e FIOCRUZ: Modernização Unidades de
 2999 Pesquisa (item 67) e Vacinas e Vacinação (item 69). Observação: o esclarecimento deve abranger
 3000 também as consequências negativas para os serviços prestados à população decorrentes dessa baixa
 3001 execução orçamentária e/ou financeira. 2. Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens com
 3002 níveis muito elevados de empenho e/ou liquidação, com destaque especial para: FNS: Média e Alta
 3003 Complexidade (item 27); e FIOCRUZ: Manutenção Administrativa (item 65) e Manutenção das
 3004 Unidades de Pesquisa (item 66). Observação: o esclarecimento deve abranger também as
 3005 providências que serão adotadas para suplementação das dotações orçamentárias referentes às
 3006 despesas com níveis de liquidação superiores a 33%, uma vez que, para esses casos, a despesa
 3007 projetada anualizada com base na execução do período janeiro-abril são maiores que o valor da
 3008 dotação atualizada. 3. Solicitar para a SPO/MS o envio de mais um relatório de acompanhamento da
 3009 execução orçamentária e financeira pelos Grandes Grupos (itens COFIN) contendo as respectivos
 3010 indicadores de uso (conforme modelo apresentado pela SPO na reunião). 4. Para deliberação do CNS:
 3011 Envio de ofício para a Ouvidoria do Governo Federal solicitando esclarecimentos sobre a tramitação e
 3012 a ausência de resposta dos órgãos do CNS encaminhados em 2013 para a Presidente da República
 3013 com a indicação de medidas corretivas decorrentes das avaliações dos Relatórios de Prestação de
 3014 Contas Quadrimestrais do Ministério da Saúde realizadas pelo CNS, conforme estabelece a Lei
 3015 Complementar nº 141/2012. Disse que as principais receitas apresentaram um crescimento abaixo da
 3016 inflação. O comportamento da receita está de acordo com o esperado ao nível de arrecadação. A
 3017 dotação orçamentária foi apresentada. O saldo orçamentário está adequado e é igual ao piso. Está
 3018 6,94% da RCB e 12,89% da RCL. O projeto do governo é 13% para o primeiro ano. Se passasse o PL
 3019 seria maior, mas em razão das emendas impositivas não será tanto. E ainda não terá o adicional do

3020 pré-sal caso a PEC seja aprovada. A liquidação está baixa para muitos itens. Nenhuma emenda até
3021 agora foi empenhada ou liquidada. Os valores marcados em cor salmão são os que foram
3022 empenhados em 2013 e para serem executados em 2014 e estão abaixo da variação do PIB. Foram
3023 listados todos os itens cujo empenho foram acima de um determinado percentual e os valores em
3024 vermelho são considerados inadequados. Deve-se olhar a liquidação. Quando está com um valor baixo
3025 é preocupante, mas se for alta também porque indica necessidade de suplementar a dotação. O
3026 quadro resumo da SPO chamou a atenção para o 1º nº identificado de ações e serviços de saúde, o
3027 total de gasto, exceto pessoal ativo, o único programa temático que tem a maior parte dos recursos
3028 alocados. Falta cerca de 4 a 5 bilhões para fechar a execução do quadrimestre. Vai chegar aos 95 ou
3029 cortar outras despesas para suplementar dotações insuficientes, se ficar no piso. Os dados
3030 apresentados em vermelho estão abaixo do necessário, mas são matriciais com participação do MS
3031 (ex. alimentação e nutrição). O gasto em alguns quadrimestres apontam para dotação insuficiente e
3032 outros que precisará remanejar recurso, e outros que ainda que acenem com recurso adicional retiram
3033 tudo o que viria do pré-sal. Fizeram ofício ao MS solicitando informações. Realizou o informe sobre as
3034 oficinas regionais da COFIN que foram aprovadas no CNS e avisou que as datas foram revistas. O
3035 Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore** agradeceu e abriu inscrições. **Manifestações:** O Conselheiro
3036 **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** parabenizou o trabalho e se assustou quando viu os
3037 números, mesmo sabendo que a situação está ruim. Questionou de onde será retirado o dinheiro.
3038 Informou a existência de uma ação civil pública sobre o subfinanciamento da saúde na qual os
3039 conselheiros respondem juntamente com o gestor. Há mais alertas que pedidos de esclarecimentos e
3040 informações. O CNS precisa dizer que não compactua com isso e chamar uma coletiva de imprensa
3041 para explicar a possibilidade de acabar o dinheiro para a saúde em agosto. Deve aprovar as sugestões
3042 da COFIN e fazer uma denúncia sobre os riscos da dificuldade financeira. Descumpre a lei porque o
3043 orçamento está abaixo da variação do PIB. O Conselheiro **Clovis Adalberto Bouffleur** aponto para a
3044 baixa execução em áreas de extrema relevância para saúde pública: vacina e atenção básica.
3045 Preocupou que o recurso está empenhado, mas não foi executado, como nas áreas da criança, jovem
3046 e adolescente onde a execução é de 1% na metade do ano, apesar de alto empenho. Tem 15 milhões
3047 na área de criança e adolescente e gasta 5 para caderneta da criança, material educativo. Sobra 10
3048 milhões para gastar no resto. Sabe que isso está incluído em todas as ações, mas a quantidade de
3049 recursos informa a importância que dá a cada área. Propôs que na próxima da reunião do CNS fosse
3050 realizada uma coletiva de imprensa conjunta com o CONASS, CONASEMS e CNS para chamar a
3051 atenção para o que está ocorrendo. Independente da função de cada um, é uma questão de utilidade
3052 pública para população saber que tem órgãos nacionais que perseguem aplicação do orçamento
3053 correto da saúde. Não dá para esperar julho porque tem que chamar a atenção do congresso. A
3054 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** afirmou estar impressionada com os números. Trabalham no
3055 material de 2013 e comparou com esse do 1º quadrimestre de 2014. A qualificação dos profissionais
3056 do SUS aumentou em 49,1% e no ano anterior teve déficit da meta de educação permanente onde só
3057 foram cumpridas 22%. Também questionou se a saúde bucal está incluída nos valores do PSF porque
3058 entre as propostas encaminhadas houve um número baixo e nem metade foi habilitada. Os gestores
3059 não estão sabendo elaborar propostas. E o piso da atenção básica aumentou. Quis saber como é
3060 possível ter aumento se houve déficit no ano anterior. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
3061 perguntou sobre emendas nominativas pois existe uma que foi executada de no valor de 500 mil e a
3062 atualizada é 300. Desejou saber se foram pagos 500 ou se é novo recursos totalizando 800. A
3063 academia da saúde tem como única forma de conseguir novos valores pela via de emenda
3064 parlamentar e no Rio Grande do Sul não há como competir, pois cada um tem sua especificidade. A
3065 Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que uma parte dessa discussão já teve no
3066 CNS e na oficina do CONASEMS e precisa-se de uma metodologia para ser apropriada pelo conjunto
3067 dos conselheiros, não só COFIN, para analisar as informações e a linha metodológica, assim como
3068 ampliar tempo de pauta da COFIN em razão da responsabilidade de aprovar encaminhar. A gestão
3069 precisa desse reforço. É preciso ir à Mesa Diretora com uma representação ampliada para fazer
3070 debate político sobre a preocupação dos Conselheiros Clovis Adalberto Bouffleur e Luis Eugenio
3071 Portela Fernandes de Souza. O CNS foi alijado do processo. Precisa identificar o impacto e os riscos e
3072 agravos para saúde. A imprensa se comporta dessa forma porque apresentar somente números não
3073 faz sentido para população. A COFIN está aprimorando os instrumentos e fazendo a análise política,
3074 mas ainda está no economês e precisa deixar mais claro para fazer um ato político e mobilizar. Nem
3075 no Congresso Nacional eles sabiam que alterariam a CONSTITUIÇÃO FEDERAL ao mudarem as
3076 regras atuais. O governo apresentou a proposta e oposição tem força para aprovar, mas a sociedade
3077 está alijada do processo. A oposição está com poder e é oportunista. O MS corre atrás do prejuízo. Na
3078 conversa da Mesa Diretora com o Ministro da Saúde percebeu que se perde no congresso e depois
3079 constrói com CNS alternativas viáveis de financiamento, mas é preciso entender o que ocorre e se
3080 posicionar. O CONASS e CONASEMS precisam manter a unidade. A CNBB e OAB mobilizaram, mas
3081 tiveram outra agenda e deixaram essa de lado. Francisco Rózsa Funcia precisa ir à reunião da Mesa
3082 Diretora dia 11 de julho para assumir a construção ampliada com CONASS e CONASEMS. A

Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, levantou uma questão há 3 anos que a incomoda bastante. Pediu para separar os itens: criança, mulher, adolescente e jovem. Questionou se é possível ou se essa forma é predeterminada pelo MS. O que aconteceu na rede cegonha no ano anterior foi muito sério. Grande parte do valor da saúde da mulher é destinado para rede cegonha. Se resolvesse seria muito bom, mas não é o que se vê. Há vários outros projetos. Perguntou o que é o saldo, se seria o valor que não foi gasto, e quanto enterraria então esse ano. Esse assunto é preocupante porque 52% da população é mulher. Os conselheiros precisam entender melhor e esse assunto é difícil. Questionou o que será pedido para o MS? A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** indagou como levar uma linguagem tão densa para as comissões constituídas por movimentos que não fazem parte do CNS e por suplentes se já é difícil para os que tem esse contato direto no pleno. Na RO passada foi colocado que as comissões também devem discutir esse tema.

Retorno da mesa. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** respondeu para o Conselheiro Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza que o total é suficiente pela variação do PIB e o contingenciamento é um recurso maior aprovado. Algumas estão abaixo e outras acima, mas no total está em conformidade. Foi alocado menos recurso do que precisava. É preciso saber desde já de onde irá retirar o valor que falta, até porque o CNS avaliou a programação. O IBGE tem agenda das datas em que divulga informações sobre suas pesquisas com imprensa e entende que o CNS poderia construir uma agenda desse tipo. Para as Conselheiras Ivone Evangelista Cabral, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”, e Maria Laura Carvalho Bicca esclareceu que os itens de despesa são elaborados por uma metodologia que é construção histórica do CNS e da COFIN e tem que consolidar a informação histórica do conselho. É possível resgatar a informação desde anos 80, por exemplo. Eles agrupam ações e o item possui várias ações separadas. Não se gasta só nisso, pois a maior parte das políticas públicas sai dos blocos e são repasse (a atenção básica, por exemplo), mas é possível abrir e levantar junto ao MS para outras especificidades que se entendam necessárias. Essa nova organização poderia sair como proposta das comissões temáticas. Esse agrupamento é bom porque pode fazer uma análise histórica, mas pode ser de outra forma. A lei exige a avaliação dos relatórios de prestação de contas quadrimestral incluindo indicadores de metas físicas e também envolve comissões temáticas e por isso seria bom envolver todas elas para fazer oficinas explicando o tema geral e depois dividir em grupos e detalhar as especificidades de cada uma, juntando a política de saúde e a execução orçamentária para ver se estão em conformidade. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** é fundamental para trabalhar na comissão a análise quantitativa. No quadrimestre é importante olhar liquidação ela dá o ritmo da execução do ministério. No RAG a lei manda analisar o empenho. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** invocou questão de ordem. Na reunião passada pediram para as comissões incluírem na agenda a questão orçamentária e a área técnica da COFIN veio à sua comissão explicar a partir do RAG. Todas as comissões têm essa possibilidade. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que faltou orientação em razão do problema metodológico. O prazo é 10 de julho, mas muita gente terá dificuldade, por isso a oficina é fundamental. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** respondeu para Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca que o é o que foi empenhado, mas precisa saber se está em RAP. Não sabe se foi liquidado e se a ação foi efetiva, mas já tem projeto vinculado. Para a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza disse que precisa verificar a necessidade de, além do que vem sendo feito, buscar uma forma de transformar isso em uma linguagem direta para passar para sociedade e analisar o impacto das escolhas. Realizar um comunicado de natureza política. Sobre o tempo de pauta opinou que quando há relatório de prestação de contas e quadrimestrais, a COFIN deveria ter uma pauta mais longa, em 1 reunião a cada 3 meses. Isso deve anteceder a oficina. A PEC está colocada de tal forma que diante da falta de recurso o MS optou para que seja votada a PEC, mas o problema é que garante recursos adicionais (menores do que seria alcançado com a aprovação do projeto de lei do saúde + 10), entretanto que parte deles vai para emendas, mas a grande preocupação é o valor do pré-sal que está muito obscuro. Abre-se mão de um dinheiro novo duvidoso para garantir um valor certo. O orçamento da saúde, do jeito que está hoje, não fecha. O ano terminará em outubro ou setembro e afetará áreas sensíveis (alta e média complexidade) e existem gastos extras que o MS não tinha anteriormente. O Conselheiro **Gilson Silva** perguntou se a COFIN se põe à disposição para auxiliar outras comissões. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** respondeu afirmativamente e disse que percebeu que isenção fiscal atual está em 193 bilhões de várias áreas. O saúde + 10 garante 40 bilhões, 25% a mais do que o orçamento atual. É possível conseguir o valor necessário, mas seria um problema. Ninguém se dispõe a rever a isenção fiscal agora. Questionou porque o país tem que continuar pagando juro. Não defendeu “dar calote”, mas estender o prazo, reajustar, renegociar. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, relatou que o orçamento impositivo já foi votado e a base da vinculação RCL também. Está pendente apenas a destinação de 15% das receitas. É preciso colocar o risco das proposições e pedir para parar, pois não tem governabilidade. É preciso uma movimentação, fazer uma reunião na mesa ampliada. Se tiver que fazer coletiva, que seja em julho. O Congresso Nacional não abre mão do orçamento impositivo. Aposta que as emendas não fiquem ao bel prazer, mas tenham compromisso com a saúde. Até lá é necessário reunir o movimento saúde + 10 e Funcia com a mesa. Independente

do resultado no Congresso Nacional o CNS tem que se posicionar perante a sociedade. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** explicitou que propõe coletiva na linha de que a lei impõe responsabilidade sobre o orçamento e a execução e isso seria uma forma de retorno para a sociedade e demonstrar compromisso do CNS com o orçamento de uma forma simbólica e legal. Se a imprensa não der audiência, ao menos fizeram o esforço, pois existe a chance de o MP responsabilizar o Conselho por omissão. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, perguntou se tentariam na quarta-feira uma coletiva, o que não é fácil. Teria que combinar com CONASS e CONASEM. A atribuição é diferente, mas tenta-se manter a unidade. Se houver divergência, o CNS, ao menos tem que manter a unidade. Falaria do impacto do orçamento impositivo na execução orçamentária na quarta-feira seguinte e até a reunião de julho fariam outra para demonstrar o impacto social da execução orçamentária da saúde. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** reafirmou que não se pode fugir da responsabilidade do CNS e deveria ser aprovada naquele dia uma nota para convocar a imprensa para uma coletiva. Seria enviado o convite com um alerta para o órgão de comunicação, para os CES, OAB, etc. A Conselheira **Ana Maria Costa** alertou que também é preciso monitorar inquérito civil público sobre subfinanciamento da saúde e disse que pode disponibilizar material para os demais conselheiros. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** apoiou a proposta do Conselheiro Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza, afirmando que teria que se pensar em algo específico sobre o orçamento impositivo. Reafirmou o apoio do CONASS. Perguntou se é possível afirmar com publicamente, com segurança que esse orçamento não chega até o fim do ano. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** respondeu que como toda matéria orçamentária e financeira não se pode falar em uma frase. Citou como exemplo o item de alta e média complexidade que é de execução elevada e regular. Se tiver que executar e não tirar de outro lugar do ministério, faltariam 3 bilhões. Se projetar o valor agregado não falta. A forma como vai falar precisa ser estudada com cuidado. Deseja esclarecimento do MS para saber o que será feito com os recursos que faltam pois não será possível executar nesse ritmo. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** perguntou se o dinheiro virá de outro lugar e, caso afirmativo, de onde; ou se haveria mais dinheiro. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** listou os itens que não possuem orçamento suficiente e respondeu que essa resposta será dada pelo MS. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** externou preocupação já que na coletiva a imprensa destaca o que é de seu interesse. A nota seria melhor pois atende à preocupação do papel de responsabilidade do CNS e à função de pressionar e divulgar. Muitas vezes não precisa de mais dinheiro. Manifestou-se contrário à coletiva de imprensa. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse querer compreender melhor a centralidade, o momento e a estratégia. Apresentar duas informações de uma vez não seria interessante. Agora é importante falar do orçamento impositivo. A segunda informação é a implicação orçamentária até o fim do ano. Concordou com a edição de uma nota técnica. Lembrou que o governo tem resposta para cada pergunta, mas responde a todas. O Conselheiro **Gilson Silva** ressaltou que a COFIN foi criada para assessorar ao pleno e tem obrigação alertar para dificuldades e o CNS tem obrigação de falar para sociedade e não esperar ela cobrar. O consultor **Francisco Rózsa Funcia** esclareceu que a matéria orçamentária e financeira é complexa. Para cada afirmação do CNS o governo terá um “mas”. Quando afirmou que o orçamento terminará em outubro foi porque algumas ações estão sem execução. Deve-se fazer um alerta para dentro do governo, internamente, posto que fazê-lo para fora insere um componente político que deve ser analisado pelos conselheiros. Qualquer nota técnica sem que se tenha obtido resposta após estabelecido um prazo para o MS esclarecer e responder seria perigos. O que não quer dizer ser necessário fica esperando ad eterno. Caso o MS não responda no prazo, o CNS afirma que ele não respondeu. Pode dizer que foram identificados problemas e, se continuar assim, haverá problemas. A sociedade não tem conhecimento dos impactos da PEC, o que também merece uma nota na mesma linha. “Se, ... então, ...”. Se mudar o cenário, muda a análise. O Conselheiro **Edmundo Dzuiwi Ömore** afirmou ser uma pauta de importância, mas entende que isso é falta de gestão. O governo descentraliza, mas qual elemento? Está empenhado, mas não liquida. Fazer a análise em bloco para maquiagem. Usa recurso para fazer coquetel em evento em vez de comprar remédio. É um bolo só, mas não sabe cada pedaço como está. A discussão do congresso na véspera não falou da saúde, tema impositivo para os municípios. Convidou a COFIN para reunião da comissão de saúde indígena. Afirmou que o governo só divulga o saldo orçamentário e não o financeiro. Concluiu por confiar nos escolhidos para o grupo de trabalho dar resposta antes da copa sobre o documento para as eleições. Agradeceu a todos e abriu para os comentários finais. **João Carlos Barata**, representante CES, agradeceu a apresentação e questionou qual o impacto nos estados. Alegou que além de falta de gestão há mais problemas. Mencionou a reportagem do dia anterior sobre a agressão ao cadeirante em Campina Grande e questionou o que o CNS fará a esse respeito. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** afirmou não ter encontrado uma metodologia adequada e prioridade suficiente para entender na vírgula, mas ele apresenta os dados de forma agrupada. As perguntas são passíveis de visualização se houver tempo e resposta. Disse que todos concordam com o papel do CNS e da comissão em alertar e divulgar e que a nota técnica deve ser feita. Francisco Rózsa Funcia cumpre seu papel, mas quando traz o relato para o CNS é diferente de

3209 lidar com a denúncia, porque o impulso vira contra quem o faz. Ficou preocupado porque foi ordenador
3210 de despesa durante algum tempo e a mídia desvirtua e pode ser mais contra que a favor. A nota
3211 técnica não precisa de reposta. O Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** relatou
3212 que o CNS é um órgão político de controle social e se organiza em comissões para ter uma consultoria
3213 técnica, mas é irreal descer a detalhes. O que interessa é o impacto e não detalhes. Entendeu que
3214 cabe uma nota técnica da conferência e precisa de um alerta para sociedade. A população tem sido
3215 atropelada por falta de sintonia das lideranças com suas bases. É preciso emitir um alerta com
3216 responsabilidade. Existe comunicação do CNS com as entidades institucionais e os entes privados que
3217 têm problemas e são permeados de contradições e interesses onde pode conseguir espaço para se
3218 colocar. Não se perder em tecnicismo. O Conselheiro **Geraldo Adão Santos** achou o alerta
3219 conveniente e oportuno. Lembrou do PLP e que a sociedade está esperando a resposta e deve-se
3220 denunciar que esse projeto não está sendo considerado e tramitam outros que o prejudicam e que
3221 esse orçamento não resolve a situação do SUS e explicar qual projeto o CNS defende. A Presidente
3222 do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, concluiu que serão duas notas com ênfase em momentos
3223 distintos. A do orçamento impositivo, precisa sair antes porque existe parlamentar que vota sem saber
3224 a implicação da PEC. Há 20 dias saiu uma manobra regimental. Essa nota não cria fato político nem
3225 traduz para sociedade o que acontece, mas entende ser urgente explicar o impacto. Sobre o RAG
3226 deverá ser emitida uma nota técnica com um alerta. Alegou que não fará nenhuma fala em nome do
3227 CNS sem ter segurança das informações. Como Presidente do CNS tem um papel e assumiu a
3228 posição do CNS diversas vezes mesmo sendo contrária porque o conjunto dos conselheiros assim o
3229 decidiu, mas deve ter responsabilidade. Não pode emitir as duas notas de uma só vez para não
3230 confundir. A outra nota técnica com será decidida com a SPO na reunião de julho. Primeiro enviada
3231 para o governo. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore** fez o encaminhamento de apresentar a
3232 minuta da Nota Técnica na próxima reunião da Mesa Diretora dia 11. O Conselheiro **Edmundo**
3233 **Dzuaiwi Ömore** questionou se os conselheiros estavam esclarecidos para votação. A Conselheira
3234 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, "Santinha"**, alegou não tem unanimidade. O
3235 Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** explicou ser uma nota de alerta convocando
3236 coletiva de imprensa para dia 11 para divulgar para sociedade que, se mantidas as condições atuais os
3237 recursos da saúde não são suficientes para concluir o ano. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho**
3238 **Pontes** afirmou ter clareza sobre orçamento impositivo, mas a outra não votaria sem vê-la antes pois
3239 pode ter efeito contrário e é um tema muito delicado e não deve ser tratado nesse momento em que
3240 está sem quórum. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore** concordou que não há quórum e que
3241 deveria ser lida antes, mas já está atrasada. A Conselheira **Fernanda Benvenutty** sugeriu que se faça
3242 uma recomendação que faça e depois aprove. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou que
3243 o quórum é verificado no início da reunião e no momento de votação, isso é apenas uma prática.
3244 Alegou não ter segurança sobre várias questões posto que ainda estão se apropriando das
3245 informações. Preocupou-se com a distorção que a imprensa pode fazer e em tornar público algo sem
3246 segurança para esclarecer. A COFIN apresentará a nota técnica na próxima reunião. A Presidente do
3247 CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que não se pode conjugar apesar de ser um problema só,
3248 é tão complexo que pode não ser compreendido. Se deixar as duas notas para outro momento perde-
3249 se a chance de atacar o orçamento impositivo e o CNS não pode perder a oportunidade de se
3250 manifestar. Propôs fazer em duas partes, com consulta pela internet sobre nota do orçamento
3251 impositivo e deixar a outra para agosto. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore colocou em**
3252 **votação e foi** aprovada a NT sobre orçamento impositivo a ser feita pela COFIN e apresentada dia 11
3253 de junho na reunião da Mesa Diretora e enviada aos conselheiros titulares e presente para aprovação
3254 por e-mail antes de divulgar. **Encaminhamentos: 1) Participação do consultor da COFIN Francisco**
3255 **Rózsa Funcia, representantes do CONASS E CONASEMS na reunião da Mesa Diretora para**
3256 **explicar a metodologia da análise. 2) Capacitar todos os conselheiros e comissões para**
3257 **analisarem a prestação de contas. 3) Apresentar na próxima reunião da Mesa Diretora duas**
3258 **notas técnicas sobre o orçamento impositivo e sobre o déficit orçamentário do ano de 2014**
3259 **para decidir sobre a publicação de manifestação do CNS perante a imprensa. A votação**
3260 **ocorrerá na 259ª RO por falta de quórum. Os documentos serão enviados por e-mail para**
3261 **conhecimento prévio de todos os conselheiros, suplentes e presentes à 258ª RO.** Com esses
3262 encaminhamentos a mesa encerrou-se esse item de pauta para o início do próximo item da reunião.
3263 **ITEM 6 INFORMES E INDICAÇÕES. Apresentação:** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
3264 Presidente do CNS. Informe sobre a indicação de representante para compor comissão técnica
3265 permanente de assuntos internacionais de saúde a ser instalada para subsidiar a elaboração do
3266 relatório da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2011-2013 em parceria com o
3267 IPEA e ABC/MRE. Em razão de ter sido dirigido o convite diretamente aos indicados Márcio Florentino
3268 e Neide Rodrigues, foi tratado como informe. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**,
3269 relatou que não foi enviada a informação completa e não havia tempo para organizar, pois a portaria
3270 teria que ser assinada dia 10. Leu a composição e atribuições da comissão e afirmou que como já veio
3271 definido não tem que deliberar. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** lembrou que já tinha

comentado da necessidade de inclusão ao menos da Mesa Diretora e de não poder ter caráter de relevância pública, a não ser em caso de parecer jurídico contrário. Deveria ser representação da população e não do ministério, onde a participação cidadã não está garantida. Mesmo assim saúda a iniciativa porque nunca houve informação do que ocorre em nível Internacional. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, se comprometeu a tratar dessa situação. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** pediu para cumprir a prerrogativa regimental de apresentação de proposta de pauta sobre a Política da criança que será encaminhada por escrito pela comissão à Mesa Diretora para que **solicite que área técnica apresente a política em julho para conhecimento do CNS e votação em agosto**. O Conselheiro **Gilson Silva** reiterou que a NT seja encaminhada via internet para os titulares presentes, mas também para os suplentes presentes. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, relatou que há 15 anos foi regulamentada a lei para atendimento de aborto legal que já possui 60 anos. Há pouco foi editada uma regulamentação do Ministério da Saúde para atendimento em serviço do SUS e foi cancelada uma semana depois. pediu que o CNS se posicione para cobrar essa questão ao MS. **Aprovado o encaminhamento de uma manifestação do CNS criticando o posicionamento do MS de pedindo a reedição da regulamentação do aborto na rede SUS**. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** informou ter participado dia 23 do congresso da CONAM onde esteve presente na mesa de abertura. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** a pedido da comissão de patologia encaminhará solicitação para participar de um fórum. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, convidou o Procurador do Estado e o representante CES para encerrar a reunião. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** explicou o andamento da comissão eleita para resolver a situação do CES/RJ, cujo processo foi suspenso e judicializado e a comissão está com as atividades suspensas, apenas acompanha à distância nesse período. **Não consegui o nome do representante** afirmou sentir-se honrado em ser o 1º estado a receber CNS e disse estar muito feliz em saber que a representação de sua entidade está no CNS. Disse que tentou entrar no CES há 20 anos e faz parte de outros conselhos. Afirmou-se perdido ao falar em números. Parabenizou quem luta pelo melhor plano de saúde do mundo. Desejou a todos um bom retorno. **Maria Lucia Mariano** conselheira do CES/ES representa a sociedade civil organizada e luta para o SUS não acabar. Disse que o gargalo do Espírito Santo é a alta complexidade e que a demanda dos municípios é muito grande. Tem encampado luta do interior porque o hospital de Vila Velha atende a outros municípios e a gestão básica não dá condições para ter essa consulta e é preciso acabar com ela para ser plena e cumprir as metas. Desejou a todos boa viagem e agradeceu. O Procurador do estado Espírito Santo, **Dr. José Adalberto Dazzi** transmitiu mensagem do Procurador Geral de Justiça que está honrado em ceder o espaço, agradeceu e disse que o MP tem profundo respeito pelos conselhos de saúde. O SUS é uma construção contínua. Escolheria como símbolo uma espiral onde cada um tem uma posição e não param de melhorar. Tem certeza que está no caminho certo, com pontos fracos e fortes, poder de articulação e a cada dia melhora mais. Colocou o espaço à disposição. **Encaminhamentos: 1) Encaminhar ao Ministro da Saúde o pedido de reedição da regulamentação do aborto legal. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, saciada com a discussão, agradeceu a todos e encerrou a reunião e pediu a todos que verifiquem os e-mails até 27 de junho que aplaudissem a equipe técnica do CNS. Agradeceu a presença de todos e encerrou os trabalhos da 258ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Clovis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **José João Lanceiro de Palma de Palma**, Ministério da Saúde; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”** Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior

3335 Públicas do Brasil-FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e
3336 Transexuais – ANTRA; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e
3337 Pensionistas – COBAP; **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **Luiz**
3338 **Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical
3339 (Sindnapi); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcos Eran dos**
3340 **Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplataados do Brasil (FARBRA); **Rodrigo de**
3341 **Souza Pinheiro**, Movimento Nacional de Luta Contra AIDS; **Sebastião Geraldo Venâncio**, Pastoral
3342 da Saúde e **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras –
3343 AMNB.