



1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos dez e onze dias do mês de setembro de dois mil e quatorze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: **1)** Apresentar o balanço da gestão 2008-2014 da ANVISA; **2)** Socializar e deliberar sobre a Lei Orçamentária Anual - LOA e apresentar informe sobre a análise do Relatório Anual de Gestão - RAG pelas comissões; **3)** Socializar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH; **4)** Saúde Indígena; **5)** Realizar debate sobre a agenda a saúde nas eleições e sobre a construção da 19ª Plenária de Conselhos e Movimentos Sociais como parte integrante da etapa preparatória da 15ª Conferência Nacional de Saúde; e **6)** Deliberar sobre pontos relativos à 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 261ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DAS ATAS DA 255ª E DA 260ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS** - Apresentação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** submeteu à apreciação do Plenário a pauta da reunião que foi aprovada por unanimidade. Em seguida, colocou em apreciação as atas da 255ª e da 260ª Reuniões Ordinárias do CNS que foram aprovadas com três abstenções. **ITEM 2 – EXPEDIENTE** - Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora do CNS. **INFORMES** - **1)** Comissão Intersetorial de Acompanhamento das Políticas de DST/AIDS, HV e TB – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** informou que a Comissão reuniu-se nos dias 14 e 15 de agosto e solicita pauta na próxima reunião do CNS para tratar dos seguintes assuntos: a) alteração do nome da Comissão, de modo a incorporar a temática da tuberculose – Comissão Intersetorial de Políticas de DST/AIDS, Hepatites Viris e Tuberculose – aprovar resolução com essa alteração; b) Resolução do CNS nº. 462/2012, que trata de questões de financiamento e repasse de recursos fundo a fundo – a resolução não foi homologada pelo MS. Em dezembro de 2013, o MS apresentou nota técnica sobre os motivos da não homologação que foi encaminhada à COFIN para debate. Após análise, a COFIN decidiu manter a resolução, com alteração de apenas um aspecto. c) Hepatites virais – formar um GT junto com a Comissão para avaliar a Política de Hepatites Virais e apresentar relatório ao CNS. d) Metas do milênio - encerram-se em 2015 e está sendo feita avaliação e estão sendo definidas as metas de desenvolvimento sustentável – debater no CNS as metas de desenvolvimento sustentável avaliando como está a saúde nessas metas. **2)** Lei nº. 13.021/2014, que transforma farmácias em espaço de estabelecimento de saúde. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que a publicação da Lei foi um avanço, mas, por outro, a publicação de medida provisória, na mesma data, representou um retrocesso porque traz barreiras para as micro e pequenas empresas, que representam mais de 90% do setor. Destacou que a Federação Nacional dos Farmacêuticos e outras entidades têm envidado esforços para assegurar os direitos adquiridos com a publicação da Lei e solicitou que as entidades que compõem o CNS também se manifestem em favor dessa norma. **3)** Documento com justificativas de ausência de conselheiros – conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que o documento foi disponibilizado aos conselheiros para conhecimento. Ainda nesse ponto, comunicou que a Mesa Diretora do CNS notificou as entidades médicas sobre a recorrente ausência nas reuniões ordinárias do Conselho e definiu prazo para manifestação. Lembrou que uma dessas entidades já comunicou que não mais participaria das reuniões do CNS e aguardava-se a

manifestação das demais. Disse que a intenção é pautar o tema na próxima reunião a fim de definir essa lacuna que, inclusive, fere a paridade do Conselho. **4)** 4º Encontro de CIPA e SESMT do setor químico – Conselheiro **João Donizete Scaboli** informou que a Federação dos Trabalhadores das Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo, filiada à Força Sindical, realizou o 4º Encontro CIPA e SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho), de 28 a 30 de agosto, com debate sobre riscos e perigos no trabalho. Agradeceu a presença do conselheiro Geordeci Menezes e registrou que o evento contou com representação do Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência. **5)** Informe sobre Dia Nacional de Conscientização sobre Doenças Reumáticas – Setembro Verde. Conselheiro **Adriano Macedo Felix** explicou que a ANAPAR reuniu-se com a área da média e alta complexidade do MS com abordagem sobre a mudança da data de comemorativa do dia nacional de conscientização das doenças reumáticas – de 30 de outubro para 15 de setembro. Explicou que o Setembro Verde visa: defender políticas públicas dentro do cenário do Senado Federal e da Câmara dos Deputados por meio de levantamentos e acompanhamento de Projetos de Lei em tramitação que atendam as demandas dos pacientes reumáticos; e sugerir a criação de novos projetos no Parlamento, quando se fizerem necessários, com articulação nas devidas Comissões das Casas Parlamentares inerentes às matérias de interesses dos pacientes reumáticos, dos cuidadores e dos familiares. Além disso, defender de forma coesa no CNS e Câmara Técnica de Reumatologia/MS, a criação de políticas que atendam os anseios dos reumáticos, solicitando inclusive o desarquivamento da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas - PNAPDOR, a qual teve mais uma vez solicitação desarquivamento na Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esse ponto, inclusive, será ponto de pauta da próxima reunião da Comissão Intersetorial de Pessoas com Patologias-CIPP/CNS, lembrando que tal processo se encontrava arquivado desde 2010. Também tem por objetivo enfatizar a carência de profissionais da Atenção Básica capacitados em facilitar um diagnóstico precoce, logo evitando o agravo e ajudando a promover a especialidade em reumatologia (profissional indicado a atender a pacientes reumáticos), ou seja, luta por uma equipe multidisciplinar capacitada e aparelhada para atender as demandas dos pacientes como fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, biomédicos, terapeutas ocupacionais. No mais, visa lutar constantemente pela atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, e defender o abastecimento de medicamentos tanto na Atenção Básica, como na Alta e Média Complexidade, evitando o agravo e alto custo dos tratamentos, bem como promover a adesão do paciente ao proposto pelo profissional que lhe assiste. Além disso, buscar demandas onde estão localizados os Grupos filiados à ANAPAR e apresentá-los aos órgãos competentes, trazendo soluções às suas demandas pontuais, sejam elas técnicas, regionais ou estaduais. Agradeceu a atenção e convidou o Plenário a participar desse Movimento em 2015 que será realizado em Brasília. Por fim, informou que a ANAPAR encaminhou ofício ao CNS solicitando apoio de mídia e publicidade ao Setembro Verde, que dispõe sobre o dia nacional de conscientização da doença reumática, que ocorre no dia 15 de setembro. Salientou que a ANAPAR convencionou a referida data com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, assim, as ações do Setembro Verde serão executadas em conjunto com a SBR e com as Sociedades Regionais e Estaduais de Reumatologia. **6)** Conselheiro **Luiz Alberto Catanoce** informou que a Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso – CISID elaborou recomendação para otimizar a Campanha Nacional de Vacinação para Influenza voltada à população idosa e solicitar a inclusão de outras vacinas no calendário de vacinação. O texto seria apreciado posteriormente. **7)** O Ministério da Saúde, em atenção à Portaria GM/MS, nº 1550, de 29 de julho de 2014, solicita a indicação de um representante titular e um suplente para integrar o Comitê Gestor do PRONON e do PRONAS/PCD. O representante do MS. O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do MS, **Heider Pinto**, informou que foi publicada a Portaria que cria comissão para tratar sobre contrato organizativo de ação pública de ensino saúde e foram destinadas duas vagas para o Conselho. Também comunicou que será publicada portaria que cria grupo de trabalho entre Tripartite, MS, com participação da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e CNTSS, para discutir a implantação da Lei dos Agentes Comunitários de Saúde. **8)** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou e deu boas vindas aos novos conselheiros do CNS: Titular: Secretaria Geral da Presidência da República – Pedro de Carvalho Pontual; 2º Suplente: Secretaria Geral da Presidência da República – Marcelo Pires; 1º suplente: Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG – Dalmar Anderson Bezerra de Oliveira Sá; e 2º suplente: Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNS – Luiz Felipe Coutinho Costamilan. **9)** Encontro Extraordinário dos Comitês de Ética em Pesquisa – ENCEP.

114 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** informou que o Encontro Nacional dos
115 Comitês de Ética em Pesquisa – ENCEP será realizado nos dias 18 e 19 de novembro de
116 2014, em Atibaia, São Paulo. No dia 17 de novembro ocorrerá o 1º Encontro de
117 Representantes de Usuários de CEP. Propôs que o Pleno indique oito conselheiros para
118 participar do ENCEP até o dia 25 de setembro de 2014. Além disso, submeteu à apreciação do
119 Plenário três nomes para completar a lista de consultores *ad hoc*s convidados da CONEP (são
120 trinta membros): Dr. José Cláudio Casali da Rocha, médico geneticista de Oncologia, PUC/PR,
121 Curitiba/PR; Dra. Silmara Meneguin, enfermeira, UNESP, Botucatu/SP; e Dra. Maria Lucia
122 Bueno Garcia, médica, Hospital das Clínicas, São Paulo/SP. **O Plenário decidiu que esse**
123 **ponto será tratado no item das indicações.** Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** interveio
124 para solicitar maiores informações a respeito do encaminhamento dado à ausência recorrente
125 das entidades médicas no Conselho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a
126 Mesa Diretora do CNS foi provocada a encontrar uma saída para a vacância das vagas
127 destinadas às entidades médicas do CNS, pois essa situação, entre outras questões, quebra a
128 paridade na composição do CNS. Explicou que foi elaborada nota técnica sobre a situação e a
129 Mesa Diretora notificará as entidades e aguardará a resposta para tomar os devidos
130 encaminhamentos. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** perguntou se as entidades
131 haviam sido notificadas da vacância, em sendo assim, não seria necessário definir prazo para
132 manifestação da entidade. Declarada a vacância, ponderou que o Plenário deveria proceder
133 aos encaminhamentos necessários e recompor essas vagas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
134 **Santos** explicou que as entidades médicas serão comunicadas sobre a ausência sistemática
135 nas reuniões plenárias do CNS sem justificativa. Assim, a Mesa Diretora aguardará a
136 manifestação das entidades e, na reunião ordinária do mês de outubro, o Plenário definirá o
137 encaminhamento a esse respeito. Conselheiro **João Rodrigues Filho** lembrou que uma das
138 entidades comunicou que não mais participaria do CNS e propôs que na próxima reunião fosse
139 definida a recomposição. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** lembrou que uma das
140 entidades já se manifestara e nesse caso, estaria dispensada qualquer tipo de comunicação.
141 No caso das outras duas entidades, o Plenário deveria declarar vacância e no mês seguinte
142 recompor as vagas. **O Plenário decidiu pautar o tema na próxima reunião do CNS para**
143 **definição.** As indicações seriam retomada posteriormente. **ITEM 3 – SAÚDE INDÍGENA -**
144 **Apresentação:** **Arthur Chioro**, Ministro de Estado da Saúde. **Convidados:** **Antônio Alves de**
145 **Souza**, Secretário de Saúde Indígena – SESAI/MS; **Ana Lúcia Amorim**, secretária de Gestão,
146 Ministério do Planejamento. **Coordenação:** conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ömore**,
147 coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS; e conselheira **Maria do**
148 **Socorro de Souza**, presidente do CNS. Contextualizando, conselheira **Maria do Socorro de**
149 **Souza** explicou que o tema foi pautado, a pedido do Ministério da Saúde, para que o Plenário
150 tomasse conhecimento da proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI.
151 Explicou que a proposta tem sido debatida com as representações indígenas e foi apreciada
152 pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do CNS – CISI/CNS. Lembrou que o Plenário
153 aprovou a Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas e acompanhou o processo de
154 transição das ações de saúde indígena da FUNASA para a SESAI. Ressaltou que o CNS é a
155 instância nacional com responsabilidade direta no controle da política de saúde indígena. Além
156 disso, o Ministério decidiu trazer o debate para o CNS em respeito à determinação da
157 Convenção da OIT nº. 169. Salientou que a vinda do Ministro de Estado da Saúde demonstra a
158 disposição para o debate e registrou que é a primeira vez que um ministro da saúde vem ao
159 CNS debater saúde indígena. Destacou também o reconhecimento, por parte das
160 representações indígenas, de que o CNS abriu as portas para debate das questões indígenas.
161 Por fim, frisou que a intenção é tomar conhecimento da proposta e tirar dúvidas, mas sem
162 deliberação, de modo a contribuir na construção de entendimentos respeitando a autonomia
163 dos povos indígenas. Iniciando, o Ministro de Estado da Saúde, **Arthur Chioro**, cumprimentou
164 os presentes e convidou para compor a mesa a secretária de Gestão, Ministério do
165 Planejamento, **Ana Lúcia Amorim**, lembrando que esse Ministério também contribuiu na
166 elaboração da proposta. Primeiro, esclareceu que apresentaria a proposta ao CNS com a
167 intenção de ouvir sugestões de aperfeiçoamento do conjunto da sociedade. Ressaltou que tem
168 trazido questões importantes para debate no CNS como forma de valorizar o Conselho como
169 instância de formulação e deliberação e que, na sua gestão, o Conselho seria visto, cada vez
170 mais, como espaço privilegiado de debate, formulação e deliberação de políticas da saúde.
171 Assim, agendas importantes, como a saúde indígena, deveriam ter espaço privilegiado no
172 Plenário do CNS. Antes de iniciar a apresentação da proposta, fez um informe sobre o
173 processo de resarcimento ao SUS no período de janeiro a julho de 2014. Aproveitou para

apresentar a Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, **Martha Regina de Oliveira**. Explicou que antes o processo de trabalho era mais extenso, com centralização do gerenciamento das atividades, os processos de trabalho podiam se repetir e havia carência de pessoal no setor. Disse que agora houve reorganização dos processos, tornando os fluxos de trabalho mais ágeis, com criação de coordenadorias especializadas, dinamização dos fluxos, padronização das atividades e definição de metas individuais e por equipe e contratação de 89 temporários e 77 terceirizados desde 2010. Disse que em 2013 foram resarcidos R\$ 183 milhões; em 2012, 71 milhões; em 2011, R\$ 83 milhões; e, em 2014, nos sete primeiros meses foram resarcidos R\$ 184 milhões (a expectativa é de R\$ 300 milhões). Disse que, em julho, foi ultrapassado o valor arrecadado no ano passado inteiro. Nesta década, foram R\$ 521,5 milhões e na década passada R\$ 123,5 milhões. Além disso, houve a identificação e a cobrança de 664 mil internações até julho. Na década anterior, foram 350 mil. Disse que também houve crescimento importante de valores encaminhados à dívida ativa e até julho de 2014 foram inscritos R\$ 104 milhões. Feito esse informe, passou a apresentar a proposta do Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI. Explicou que o Ministério ao Planejamento e o Ministério da Saúde vinham construindo uma proposta relativa à saúde indígena e esse debate intensificou-se a partir das deliberações da V Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disse que ao assumir o Ministério da Saúde revisitou a proposta em construção, aprofundou o debate, inclusive internamente no Ministério da Saúde e com outros órgãos, e foram feitos ajustes. Frisou que se trata de uma proposta do governo federal e não apenas do Ministério da Saúde haja vista os debates no governo, avaliando avanços e dificuldades. Ressaltou que a intenção é ampliar ainda esse processo, assegurando o tempo necessário para debate democrático e apresentação de propostas de aprimoramento. Explicou que a proposta de criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI é uma estratégia de aprimoramento da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Detalhou que são condições para execução de ações de saúde pública: marco legal; política definida para o setor; recursos orçamentários; estrutura física; recursos humanos qualificados; equipamentos; insumos; logística; gestão; e Controle Social. Explicou que no modelo atual o Ministério da Saúde, por meio da SESAI, é responsável pela formulação da política e execução das ações e serviços de saúde por meio dos DSEIs. Destacou que são necessidades para a execução da política: gestão de pessoas e aquisições/contratação de produtos, insumos, serviços, aluguel. A respeito da gestão de pessoas, detalhou que a Política deve assegurar: fixação de profissionais não indígenas nas aldeias; aceitação, pelas comunidades indígenas, dos profissionais; escalas de trabalho diferenciadas não previstas no RJU; remunerações especiais compatíveis com a complexidade dos trabalhos; exigência de alguns trabalhadores serem indígenas, terem que residir nas aldeias e serem indicados pelas lideranças locais; execução dos trabalhos em locais remotos, isolados; aproveitamento dos profissionais indígenas que conhecem os costumes, a língua e nasceram na aldeia; e remuneração diferenciada em função da localidade do trabalho. Falou sobre as dificuldades para a fixação de servidores estatutários, destacando: a) necessidade de carga horária diferenciada com escalas de trabalho de até 60 dias em áreas distantes; longas viagens até os Polos Base; muito tempo fora do domicílio; isolamento; dificuldade de comunicação; diferenças linguísticas e culturais; b) exigência de aprovação/aceitação pelos representantes das comunidades indígenas para o acesso às aldeias e aos indivíduos a serem atendidos pelos serviços de saúde: necessidade de aceitação e legitimação dos profissionais; grande extensão territorial; dificuldade de acesso às aldeias e logística para o atendimento muito complexa; distintos aspectos culturais próprios das 305 etnias; e grande diversidade linguística (274 línguas faladas). Detalhou a composição da força de trabalho da saúde indígena: 19.170, sendo 8.742 indígenas (45,60%), sendo que 6.978 estão nas aldeias; 85% da força de trabalho é composta por servidores contratados por 3 organizações sociais; 119 trabalhadores em cargo efetivo, 191 em regime de contratação temporária da União; 741 terceirizado. Sobre as aquisições/contratação de produtos, insumos, serviços, aluguel, disse que é preciso garantir agilidade nos trâmites licitatórios e a simplificação desses processos para a garantia de entrega dos produtos e serviços. Também demonstrou a evolução do orçamento da Saúde Indígena, explicando que foi de R\$ 350,8 milhões em 2011 para R\$ 1.093 bilhões em 2014. Todavia, esse aumento de recursos não tem surtido o efeito desejado em relação às ações de saúde e de saneamento nas aldeias. Frisou que o processo de construção da proposta dialoga com as deliberações da 5ª CNSI, realizada de 2 a 6 de dezembro de 2013, com destaques para as seguintes: I Eixo – Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo - SUB EIXO 1.2- Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade: 1) O Ministério da Saúde/SESAI deverá garantir, através de legislação específica, uma assistência

234 diferenciada aos povos indígenas, de acordo com as suas especificidades e necessidades de
235 assistência integral, com agendamento de exames, garantindo medicamentos que não estão
236 incluídos na atenção básica; SUB EIXO 1.3 - Avanços e Desafios na área de recursos
237 humanos para saúde indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de
238 saúde e medicinas tradicionais. 1) Garantir a contratação de profissionais indígenas e não
239 indígenas para as EMSI, por meio de processo seletivo simplificado, diferenciado, com análise
240 curricular, entrevista técnica, comprovação de trabalho na mesma aldeia (nos casos dos
241 membros das comunidades indígenas), considerando os critérios de residência fixa nas
242 aldeias, o tempo de trabalho (em caso de nova seleção ao término dos convênios):
243 AIS,AISAN,ASB; I EIXO – Atenção integral e diferenciada nas três esferas de governo.
244 SUB EIXO 1.5 - Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção Saúde Indígena.
245 1) Assegurar, em lei, que os processos de licitação e trâmites burocráticos para aquisição de
246 materiais permanentes e de consumo sejam acelerados e priorizados. Feita essa
247 fundamentação, apresentou a proposta de criação do INSI – Instituto Nacional de Saúde
248 Indígena, reiterando que se trata de aprimoramento da SESAI/MS. Explicou que a Secretaria é
249 responsável pelo planejamento, elaboração e monitoramento da Política de Atenção à saúde
250 dos Povos Indígenas e a estrutura hoje existente será aproveitada e potencializada no novo
251 modelo. Por outro lado, o Instituto será responsável pela execução do atendimento dos
252 serviços de saúde, edificações e saneamento e da gerência da infraestrutura e logística
253 necessárias. Trata-se de uma entidade paraestatal, instituída por lei na forma de Serviço Social
254 Autônomo, com prerrogativas próprias do setor público e sujeita aos controles interno e externo
255 da aplicação dos recursos transferidos pelo Poder Público (DENASUS, CGU, TCU, MP e
256 instâncias de controle social). Além disso, o INSI atua, em cooperação com o Estado, no
257 desenvolvimento de atividades delegadas de interesse público ou social e terá metas e níveis
258 de serviço pactuados por meio de Contrato de Gestão. Essa nova proposta observa a
259 legislação: pessoal: processo seletivo; regime celetista com regras específicas definidas em
260 convenção coletiva de trabalho; estrutura e cargos estabelecidos em estatuto social;
261 aquisições/contratações de serviços: regulamento próprio de compras, contratos e convênios; e
262 contabilidade e finanças. Detalhou que são vantagens do INSI: modelo de contratação de
263 pessoas permite compor a força de trabalho dentro do perfil necessário à complexidade da
264 saúde indígena, com carga horária adaptada à realidade; possibilita a prestação de serviços
265 considerando as condições e a complexidade local; possibilita agilidade na contratação de
266 insumos, bens e serviços de apoio às ações básicas de saúde e saneamento; possibilita a
267 inclusão de membros das próprias populações indígenas na prestação dos serviços de saúde,
268 propiciando a aceitação, pela comunidade indígena, dos profissionais que efetuarão o
269 atendimento; e possibilita agilidade na reposição dos trabalhadores da saúde indígena.
270 Detalhou que se trata de um novo modelo organizativo em que o MS/SESAI continua com a
271 responsabilidade de formulação e a administração das ações de saúde e saneamento passam
272 a ser responsabilidade do Instituto, por meio dos DSEIs mantendo os polos bases, os postos
273 de saúde e a Casa do Índio, em articulação com as referências do SUS. Sobre as estruturas de
274 controle social, disse que continua a ser espaço privilegiado de formulação a Comissão
275 Intersetorial de Saúde Indígena/Conselho Nacional de Saúde e o Fórum dos Presidentes dos
276 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FP CONDISI) como espaço de avaliação,
277 monitoramento e fiscalização da Política. No âmbito de cada DSEI, permanecem o Conselho
278 Distrital de Saúde Indígena - CONDISI: um em cada DSEI e também o Conselho Local de
279 Saúde Indígena (CLSI) nas aldeias. Enumerou as atribuições do Instituto: atenção básica à
280 saúde aos povos indígenas; ações de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena;
281 ações de educação em saúde e de saneamento ambiental em terra indígena; operacionalizar
282 os protocolos de referência Saúde Indígena; articular regionalmente com o SUS, para ações de
283 média e alta complexidade; prover a infraestrutura e logística necessárias ao desenvolvimento
284 de suas ações; e apoiar as ações de fortalecimento do controle social. Mostrou uma imagem
285 com o organograma do Instituto e destacou que propõe a criação de mais dois DSEI,
286 totalizando 36. Os Distritos não terão mais a responsabilidade de formular a Política, mas sim
287 executá-la a partir da demanda apresentada pela SESAI. Detalhou o modelo de governança do
288 INSI, destacando os órgãos de direção: Conselho de Administração (13); Conselho Fiscal (3); e
289 Diretoria Colegiada (1 presidente e 2 diretores). Explicou que o Conselho de administração é
290 composto por 3 representantes das organizações indígenas, 1 representante do INSI, 1 do
291 CONASS, 1 do CONASEMS, 6 representantes dos órgãos federais - MS, MP, MJ, FUNAI, MDS
292 e 1 representante de trabalhadores da saúde indígena. Reforçou que a SESAI terá como
293 atribuições/competências: formular/revisar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

294 Indígenas; definir os protocolos clínicos e assistenciais; acompanhar e monitorar a
295 implementação da Política; e avaliar os resultados da implementação da Política; realizar a
296 articulação institucional: estabelece relacionamento com o SUS em nível nacional e regional;
297 estabelece relacionamento inter e intragovernamental; e estabelece relacionamento com
298 representantes dos indígenas e da sociedade civil. Finalizando, apresentou a estratégia de
299 Implantação, com destaque para ampla discussão no âmbito do governo, discussão com MPT
300 e MPF, apresentação na CISI/CNS, apresentação para os representantes das comunidades
301 indígenas: 05/08/2014 a 15/09/2014 (dos 34 debates, apenas em cinco espaços não foi
302 aprovada), apresentação ao Conselho Nacional de Saúde: reunião 10 de setembro. Disse que
303 após receber e analisar as contribuições, o PL será encaminhado ao Congresso Nacional e,
304 após aprovação, será iniciada a implementação do INSI. Frisou que não foi definida data para o
305 envio do projeto ao Congresso, porque a intenção é ouvir as considerações do CNS. Reiterou
306 que foi feito amplo processo de consulta às lideranças e às comunidades indígenas. Fechou
307 ressaltando que não se trata de uma proposta apenas do MS, mas sim do governo federal para
308 um debate democrático e comprometido com os avanços da saúde indígena. Conselheiro
309 **Edmundo Dzuaiwi Ömore**, coordenador da CISI/CNS e representante da Coordenação das
310 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB no CNS, explicou que a COIAB
311 enviou ao MS uma nota com posicionamento sobre a proposta e recomendação. Disse que não
312 ser contra a criação do Instituto, mas solicitou ao Ministro de Estado da Saúde que ouça as
313 organizações indígenas sobre a proposta – COIAB, APOIME, ARPI Sul, ARPI Sudeste, ARPI
314 PAN, APIB. Destacou que o projeto precisa ser consenso entre a base, as representações
315 indígenas, o CNS e o Ministério da Saúde em prol da melhoria da saúde indígena. Em seguida,
316 foi aberta a palavra às representações indígenas presentes. Conselheiro **Gabriel de Abreu**
317 **Domingos**, coordenador executivo do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde
318 Indígena - FPCONDISI, ressaltou a importância desse momento porque amplia a discussão
319 sobre a proposta de criação do Instituto. Explicou que, desde a apresentação da proposta, no
320 dia 4 de agosto, as organizações aprofundaram o debate, inclusive com discussões nas aldeias
321 e lamentou que muitas das organizações não tenham participado das reuniões dos conselhos
322 locais para aprofundar a discussão. Destacou que a proposta é importante, porque segue as
323 deliberações da 4ª Conferência de Saúde Indígena e reforça a política no país. Salientou que
324 dos 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISI, 29 aprovaram a proposta.
325 Ressaltou o descumprimento da Convenção da OIT nº. 169, que determina a consulta prévia
326 aos povos indígenas, mas, por outro lado, frisou que o controle social possibilitou o debate da
327 proposta nas aldeias. Por fim, disse que o lema dos povos indígenas é a melhoria da qualidade
328 de saúde e todos estão juntos em prol desse objetivo. **William Domingues Wiliam**, Presidente
329 do CONDISI de Altamira, destacou que o controle social cumpriu o seu papel e levou o projeto
330 para debate nas bases, ou seja, nenhuma comunidade indígena deixou de ser consultada.
331 Disse que apoia a criação do INSI e o povo das aldeias também se manifestou favorável ao
332 Instituto. **Rildo Mendes**, representante da Articulação dos Povos Indígenas do Sul - Arpi-Sul,
333 disse que sempre defendeu mudança na legislação para fazer avançar a saúde indígena,
334 levando em conta a necessidade na ponta. Disse que o movimento deve unir-se por uma
335 saúde de qualidade e o governo preciso ampliar o diálogo e ouvir o movimento indígena.
336 Avaliou que o Instituto pode ser uma saída, todavia, é preciso disponibilizar o texto da proposta
337 para melhor compreensão. No mais, destacou que é preciso saber se o governo irá acatar as
338 demandas do movimento, entre elas, ampliação do número de representantes indígenas no
339 conselho de administração – de 3 para 5. **Jorge Oliveira Duarte**, povo Marubo, avaliou que o
340 Subsistema de Saúde Indígena avançou por um tempo, mas parou e salientou que vários
341 termos de responsabilidade e de ajustamento de conduta não foram cumpridos, por problemas
342 burocráticos e políticos. Manifestou apoio à criação do Instituto, mas com ressalvas haja vista a
343 necessidade de aprimorar alguns aspectos. **Carmem Pankararu** disse que foi feito debate
344 democrático sobre a proposta de criação do Instituto, com consulta às bases. Disse que um
345 fórum com mais de 2 mil trabalhadores estão debatendo a proposta e a forma de organização
346 dos trabalhadores de saúde indígena para ocupar esse espaço. Registrhou apoio à iniciativa e
347 entregou ao Ministro de Estado da Saúde a contribuição do movimento dos trabalhadores para
348 o aprimoramento da proposta. **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Presidente do CONDISI de
349 Xavante, solicitou o apoio dos conselheiros à luta da causa dos povos indígenas e registrou o
350 apoio à criação do Instituto por entender que contribuirá para melhorar as condições de saúde
351 dos povos indígenas e evitar mortes. Reiterou que os povos indígenas desejam participar das
352 decisões de seu interesse no sentido de contribuir para avançar. **Nelson Mudzie**, Presidente
353 do CONDISI de Vilhena, manifestou apoio à proposta por entender que contribuirá para

354 melhoria do modelo de assistência à saúde indígena, inclusive com a flexibilização da Lei nº.
355 8.666/93 para atender as peculiaridades dessa população. Ressaltou ainda a participação dos
356 povos indígenas na construção da proposta, em respeito, inclusive, à Convenção da OIT nº.
357 69. **Lindomar Santos Rodrigues** – **Xocó**, membro da Comissão Nacional de Política
358 Indigenista - CNPI, disse que a proposta foi apresentada aos membros indígenas da Comissão
359 e às organizações indígenas. Solicitou que o Ministro da Saúde repetisse a apresentação da
360 proposta para os membros da CNPI, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. **Clovis**
361 **Ambrosio**, presidente do CONDISI Leste Roraima, explicou que representa 43 mil indígenas e
362 destacou que 9 organizações indígenas participam do conselho. Disse que as organizações
363 recusaram-se a participar do debate sobre a proposta e, posteriormente, divulgaram nota
364 acusando que não foram escutadas. Destacou que, após amplo debate, o Conselho avaliou
365 que a criação do Instituto é um avanço no sentido de melhorar a atenção à saúde dos povos
366 indígenas, inclusive os mais distantes e de difícil acesso. Após as manifestações das
367 representações indígenas, foi aberta a palavra aos conselheiros. Conselheiro **Eni Carajá Filho**
368 avaliou que a iniciativa é importante, mas é preciso ter preocupação do ponto de vista político,
369 a fim de garantir que não ocorra o que aconteceu em relação à EBSERH onde a população
370 não participa do controle social. Avaliou que a criação da SESAI trouxe avanços, entre eles, a
371 diminuição da mortalidade entre os povos indígenas, mas concordou que é preciso
372 potencializar ainda mais as suas atividades. No seu modo de ver, a proposta de criação do
373 Instituto caminha no sentido de privatizar o SUS por dentro, pois ajudará os municípios a criar
374 os seus institutos, contrariando a legislação que determina a contratação por concurso público.
375 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** sentiu-se contemplada na fala do conselheiro Eni
376 Carajá e acrescentou que na sua experiência com a implantação da EBSERH constatou que o
377 modelo é inadequado aos hospitais universitários. Disse que as unidades que aderiram ao
378 modelo enfrentam inúmeros problemas. Destacou que a FASUBRA respeita a posição dos
379 povos indígenas, mas entende que é preciso melhorar o modelo nas bases para evitar que não
380 ocorra o mesmo que acontece com os hospitais universitários. Também frisou que o SUS é
381 público e não se deve abrir espaço para que instituições não-governamentais se instalem no
382 processo. Conselheiro **Pedro Pontual** destacou que a apresentação foi esclarecedora e as
383 manifestações das representações indígenas demonstram que, ao estar bem informado sobre
384 uma proposta, há mais possibilidade de entendimento e maior possibilidade de aprimoramento.
385 Avaliou que há amplo consenso sobre a proposta entre as organizações indígenas e um anseio
386 de lideranças para contribuir no aprimoramento da proposta e na elaboração do projeto de lei.
387 Propôs que fosse definido prazo para contribuições ao projeto de lei e calendário para
388 devolutiva das sugestões. Também chamou os presentes para trabalhar contra a
389 desinformação e os ataques daqueles que não têm conhecimento da proposta e não
390 participaram do processo de construção. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** solicitou
391 maiores esclarecimentos sobre os protocolos clínicos e assistenciais da Política Nacional de
392 Atenção aos Povos Indígenas por conta das reclamações a respeito e solicitou que a Comissão
393 de Assistência Farmacêutica e de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia acompanhasse
394 a definição desses protocolos. Conselheiro **Haroldo Jorge Pontes** destacou que há absoluta
395 coerência entre as deliberações da 5^a CNSI e a proposta de criação do Instituto. Disse que o
396 CONASS é favorável à proposta por duas questões principais – coerência os debates e
397 decisões da Conferência e posição favorável das representações indígenas. Lembrou que o
398 CONASS realizou uma série de oficinas que resultou em nota técnica sobre assistência,
399 inclusive com sugestões e colocou a entidade à disposição para debater o tema. Também
400 levantou dúvida jurídica se o CNS deveria participar do Conselho de Administração do Instituto.
401 Também saudou o MS pelo debate amplo e democrático com as representações e as
402 lideranças dos povos indígenas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse ter dúvidas em
403 relação à proposta apesar de entender a necessidade de modificar a situação de saúde dos
404 povos indígenas. Também ressaltou ter dúvidas acerca do controle social por avaliar que o
405 caráter deliberativo dos conselhos indígenas encerra-se com a criação do Instituto. Perguntou
406 como um instituto paraestatal fará a compras de medicamentos haja vista a necessidade de
407 cumprir a Lei nº. 8.666/93. Conselheiro **André Luís Bonifácio de Carvalho** chamou a atenção
408 para o alto índice de participação e discussão da proposta com os povos indígenas. Explicou
409 que se trata de uma proposta de aprimoramento do processo de gestão da SESAI e uma
410 resposta rápida às deliberações da 5^a CNSI. Disse que o processo terá controle e
411 acompanhamento público, assegurando transparência e lisura. Ressaltou que o Instituto é uma
412 nova forma de fazer gestão qualificada da saúde indígena e não se trata de diminuir as
413 atribuições da SESAI. Conselheira **Ana Maria Costa** solidarizou-se com as falas dos

representantes indígenas sobre a urgência de solução da situação e lembrou que a SESAI foi criada para resolver os problemas trazidos pelos povos indígenas. Manifestou sua preocupação com a proposta por entender que se trata de uma estratégia que fragmenta e fragiliza o SUS, com esvaziamento da administração pública. Avaliou que o CNS deve lutar pelo fim da Lei de Responsabilidade Fiscal e não deixar que a administração seja corroída pelas necessidades particulares de saúde. Nessa perspectiva, avaliou que o Instituto pode ser uma instância de solução imediata e, apesar das ressalvas, deve ser apreciado diante da urgência da população indígena. Finalizando, colocou para reflexão e debate os seguintes questionamentos: é coerente a permanência da SESAI na vigência do Instituto? Não seria mais prudente se as funções de saúde indígena, no âmbito normativo, se diluissem no âmbito do MS? O instituto não deveria ser submetido ao Gabinete do Ministro da Saúde como são outras instituições de administração indireta? Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** disse não ter condições para se manifestar sobre a proposta, uma vez que não foi apresentado documento escrito detalhando como se dará a criação do Instituto. Todavia, destacou que poderia manifestar-se favoravelmente à proposta em respeito ao debate e à posição das representações indígenas. Conselheiro **José Eri Medeiros** cumprimentou o MS pelo processo de construção da proposta, com debate nas bases e com lideranças indígenas. Lembrou que, em 2007, um GT do CNS, do qual fez parte, realizou uma série de visitas a aldeias indígenas para ouvir as comunidades indígenas e o resultado desse trabalho norteou inclusive a criação da SESAI. Disse que o momento é de debate da proposta visando esclarecer as dúvidas e contribuir para o aprimoramento. Registrou que o Conasems é favorável à proposta por vários aspectos, entre eles, a necessidade de evoluir na gestão e o posicionamento favorável das representações indígenas. Concordou que é preciso discutir como se dará o controle social da proposta e debater critérios para seleção de trabalhadores (sugestão: prioridade é compor com trabalhadores indígenas). Também destacou que é preciso pensar na formação e ensino, a fim de garantir que os povos indígenas acessem as universidades, não por sistemas de cotas, a fim de garantir os seus próprios representantes nas aldeias. Por fim, ressaltou que é preciso avançar na definição do contrato organizativo regional, com definição mais clara sobre a responsabilidade de CONASS e CONASEMS nesse processo. Conselheira **Juneia Martins Batista** avaliou que não há consenso entre os povos indígenas sobre a proposta de criação do Instituto e salientou, em nome da CUT, que será necessário conhecer o projeto, em profundidade, para manifestar-se a respeito. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que a CNBB realiza ação indigenista há décadas, com compromisso na defesa dos direitos indígenas. Avaliou que o processo de debate está em curso e, em alguns casos, os CONDISIs aprovaram a proposta com ressalvas e questionamentos. Nessa linha, concordou que é preciso aprofundar a discussão da proposta, a fim de conhecê-la melhor. Ressaltou que acompanha a situação da saúde indígena há muito tempo e concordou que é preciso encontrar melhores caminhos. Lembrou, inclusive, que o Projeto de Lei nº. 7735/2014, que regula acesso ao patrimônio genético e aos conhecimentos tradicionais associados, está trancando a pauta do Senado Federal e perguntou se essa proposição foi debatida com os povos indígenas. Ressaltou que a construção de melhores condições de saúde para a população indígena deve ser de forma ampla e irrestrita e perguntou quais são os prazos, os pesos e as medidas da proposta. Por fim, disse que é preciso ouvir mais as representações indígenas para buscar consenso. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou o Ministro de Estado da Saúde pela forma como está conduzindo o debate da proposta, com escuta às bases. Na linha de obter maiores informações sobre a proposta, perguntou quando se inicia esse processo? Como fica a FUNASA e a FUNAI dentro da proposta do instituto? Quais os motivos dos CONDISIs para não aprovação da proposta? Diante das dificuldades relatadas rotineiramente pelos representantes indígenas, disse estar aberta a conhecer novas propostas, como a apresentada, todavia, para manifestação necessita de maiores informações. Ressaltou ainda que é preciso ouvir o Secretário da SESAI a respeito para levantar maiores subsídios para manifestação. Conselheira **Sandra Regis** perguntou os motivos para a criação do Instituto e por que as atividades desse órgão não poderiam ser desempenhadas pela SESAI. Sobre os profissionais contratados, questionou se serão aproveitados no quadro do Instituto ou se será feita uma reestruturação. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** avaliou que a proposta é importante e coerente com as deliberações da 5ª CNSI, mas ponderou que é preciso ter segurança sobre o texto do projeto de lei que será encaminhado ao Congresso. Destacou que as questões são amplas e precisam de respostas urgentes para evitar mortes de crianças e idosos. Avaliou que a proposta deve ser debatida com maior profundidade para tornar-se mais clara e que, de fato, sirva para responder as necessidades dos povos indígenas. Conselheiro

474 **Marco Antônio Castilho Carneiro** ressaltou a importância do debate desse tema no CNS e, a
475 princípio, disse não ser contra a proposta porque irá melhorar a qualidade de vida dos povos
476 indígenas. Frisou que reconhece a saúde da população indígena enquanto direito, portanto,
477 não é contra qualquer iniciativa que se proponha a melhorar a qualidade de vida desses povos.
478 Todavia, disse ter dúvidas, sobretudo em relação à legalidade da proposta de criar instituição
479 paraestatal – Instituto – que compõe o terceiro setor. Nessa linha, perguntou como se dá a
480 participação do poder público em uma entidade paraestatal. Também quis saber qual é o papel
481 do CNS nesse debate e, no caso de ser pautado novamente, avaliou que o Plenário precisa
482 apropriar-se do teor do projeto de lei. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** lembrou as
483 atribuições do INSI para perguntar se é necessário criar um órgão para tanto, porque a SESAI
484 vem executando essas ações. Disse que as falas apontam que há dúvidas sobre o papel do
485 Instituto e concordou que é preciso ter acesso ao texto do PL. Por fim, ressaltou que o CNS
486 necessita de um tempo maior para debater a proposta, com mais profundidade para
487 manifestar-se a respeito. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** chamou a atenção para o
488 papel do CNS nesse debate e reiterou que é preciso maiores esclarecimentos para
489 manifestação. Sobre a proposta, ressaltou que, ao criar novos DSEI, é preciso lembrar da
490 região no alto rio Solimões que solicitam um Distrito próprio. Também perguntou se há
491 organizações de trabalhadores indígenas de base sindical porque a proposta do Instituto prevê
492 acordo coletivo de trabalho. Conselheiro **Willen Heil e Silva** agradeceu o MS por trazer o tema
493 para debate no CNS e ouvir o Conselho na linha de ajudar na definição do caminho para as
494 questões indígenas. Também sugeriu que a proposta de criação do Instituto seja pautada
495 novamente para definição de encaminhamentos. Também manifestou preocupação com a nota
496 pública do MPF que, entre outros aspectos, afirma que o Instituto está na contramão desses
497 princípios constitucionais, porque transfere a execução da saúde indígena para pessoa jurídica
498 de direito privado, que se constitui sob a forma de serviço social autônomo, não fazendo parte
499 da administração pública, direta ou indireta. Destacou que defende a inserção de políticas de
500 práticas integrativas e complementares em saúde indígena, pois artigos comprovam a
501 diminuição com gasto em medicamentos. Salientou que se pode aprender com os indígenas
502 modificando o paradigma, resgatando alimentação, práticas manuais. Destacou que as
503 soluções para a saúde indígena estão na natureza e quanto mais se afasta dos índios e da
504 natureza mais doença há. Conselheira **Ana Paula Menezes** salentou que é preciso obter mais
505 informações sobre a proposta, a fim de esclarecer as dúvidas levantadas. Ressaltou que o
506 SUS é para todos e todas e, nessa linha, destacou o desafio de fazer cumprir o princípio da
507 equidade. Disse que a SESAI foi constituída para empoderar a estrutura responsável por cuidar
508 da saúde indígena e configura-se em um órgão de formulação e de planejamento da Política de
509 Saúde Indígena. Explicou que, diferente do que foi colocado, a criação do Instituto não é uma
510 proposta de privatização do público, mas sim, de estatização do privado. Destacou ainda que o
511 Instituto terá regras de funcionamento, inclusive para contratação de pessoal: concurso público
512 com critérios diferenciados para seleção. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos**
513 **Santos** (“Santinha”) destacou que a desinformação sobre a proposta levanta questionamentos,
514 portanto, é preciso aprofundar ainda mais o debate. Disse ter dúvidas sobre o papel da SESAI
515 diante da criação do Instituto e perguntou como fica a questão do controle social. Ressaltou
516 que a proposta precisa estar integrada ao SUS e não, necessariamente, articular
517 regionalmente com o Sistema. Ressaltou que a proposta deve ter interlocução com o Programa
518 mais Médicos. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, Secretário da SESAI, manifestou
519 satisfação por retornar ao CNS para apresentar uma proposta que busca avançar ainda mais
520 na saúde indígena. Disse que a criação do Instituto não significa que a SESAI não obteve êxito,
521 mas sim que os regulamentos elaborados após a Constituição de 1988 não observam o art.
522 231 que estabeleceu que os povos indígenas são diferentes. Explicou que as ações de saúde
523 indígena são diferentes das ações desenvolvidas pelo SUS, assim, é preciso trabalhar com o
524 Sistema em âmbito local. Ressaltou que na saúde indígena se trabalha com os DSEIs, um
525 território físico onde vivem uma ou várias etnias, ou seja, trata-se de uma organização diferente
526 para dar conta das especificidades desses povos. Destacou que a proposta de criação do
527 Instituto é constitucional e está dentro do proposto na regulamentação da Lei nº. 8.080/90.
528 Ressaltou que houve amplo processo de debate – aldeias, CONDISIs, FPCONDISIs – mas
529 concordou que é preciso debater com outras entidades que não compõem os conselhos locais.
530 Agradeceu o Ministro da Saúde pelo apoio e salientou que as considerações dos CONDISIs
531 serão consideradas e repassadas ao gabinete. Disse que o Conselho é parceiro na defesa da
532 saúde indígena e frisou que o fortalecimento do controle social indígena é fundamental. A
533 secretária de Gestão Pública/Ministério do Planejamento, **Ana Lúcia Amorim**, manifestou

534 satisfação por participar do debate e explicou que a Secretaria de Gestão Pública é
535 responsável por discutir as estruturas de governo, os modelos institucionais jurídicos e o
536 provimento de concursos para suprir as necessidades de implementação das políticas públicas.
537 Desse modo, ressaltou que o Ministério do Planejamento, após debate, reconheceu as
538 necessidades específicas dos povos indígenas e que os modelos comumente utilizados não
539 respondem a essas especificidades. Nesse cenário, MS e MPOG debateram e foi proposto
540 esse modelo, considerando como uma das premissas garantir as conquistas já alcançadas.
541 Sendo assim, a proposta visa fortalecer a SESAI, agregando capacidade estratégica e gestão
542 operacional, resultando em melhorias significativas da política de atenção à saúde indígena.
543 Ressaltou que se trata de um modelo jurídico previsto na Constituição Federal e coberto pela
544 legalidade dos arcabouços jurídicos do país. Destacou que MPOG e MS estão empenhados na
545 proposta por entender representará um avanço na prestação de serviços à população indígena.
546 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que o debate não é simples uma vez que se
547 refere a um subsistema complexo e uma realidade diversa. Avaliou que se trata de uma das
548 propostas mais bem desenhadas e salientou que sempre teve dúvidas sobre a capacidade de
549 operacionalizar o Sistema por meio da SESAI (como em um processo de sistema universal
550 descentralizado, centralizar o Sistema com a SESAI). Ressaltou que se trata de uma nova
551 figura jurídica e é preciso maiores esclarecimentos por parte do governo. Frisou que é preciso
552 ter consenso sobre o horizonte onde se quer chegar e os meios/instrumentos são negociáveis.
553 Ressaltou que o Instituto poderá ter resultados positivos em relação a ações de saneamento e
554 assistência, mas é preciso ir além, com melhoria das condições de saúde das populações
555 indígenas, construindo novo modelo de atenção. Destacou que os povos indígenas não podem
556 abdicar do seu sistema tradicional de saúde em detrimento de um modelo médico-
557 hospitalocêntrico. Destacou que o desafio é dar conta das ações que demandam trabalho
558 conjunto como a subnutrição, qualidade da água, situações de violência. Para tanto, o governo
559 precisa apresentar um planejamento a médio e longo prazo, a ser construído com a
560 participação dos povos indígenas. Disse que está claro o papel da SESAI, mas não o dos
561 DSEIS com a criação do Instituto. Ressaltou que é preciso definir no campo da atenção básica
562 e da média e alta complexidade o papel das outras instâncias de gestão do SUS. Lembrou que
563 o CNS possui papel deliberativo acerca da saúde indígena e destacou o esforço desse
564 Colegiado para ouvir os conselhos distritais locais e as Conferências. Nessa linha, frisou que é
565 preciso ter uma participação mais efetiva no debate do Instituto e também discutir a política de
566 atenção à saúde indígena para além do SUS. Avaliou que o Instituto é uma inovação que pode
567 dar certo e o CNS não deve abrir mão da sua tarefa de acompanhar o processo. Salientou que
568 a conferência de política indigenista está na agenda do governo e é preciso incluir o debate da
569 saúde indígena. Também manifestou preocupação com o debate desse tema no Congresso
570 Nacional e ressaltou que é preciso construir em consenso o texto que será apresentado àquela
571 Casa. **Retorno da mesa.** O Ministro de Estado da Saúde, **Arthur Chioro**, agradeceu as
572 intervenções por entender que qualificaram o debate e ponderou que uma parte das questões
573 levantadas deve-se ao desconhecimento da proposta. Avaliou que as dúvidas serão
574 esclarecidas à medida que houver maior debate da proposta. Ressaltou que o CNS é o
575 guardião do controle social no SUS e uma referência na política de participação social e
576 entendeu que é parte da democracia participativa discutir os motivos pelos quais a minoria não
577 aprovou a proposta (de 34, apenas 5). Todavia, destacou que faz parte da democracia
578 compreender o que a maioria sinaliza (os 29 CONDISI que aprovaram). Frisou que, nos termos
579 do art. 4º da Lei nº. 8.080/90, o SUS não é estatal, mas sim público, formado pela
580 administração direta e indireta, pelas fundações, pelas autarquias e, em caráter complementar,
581 pelo setor privado. Ressaltou que são inegáveis os avanços do ponto de vista da política de
582 saúde indígena e a criação da SESAI foi uma conquista. Portanto, frisou que não está em
583 discussão, por parte do governo federal, qualquer retrocesso em relação à Secretaria. Disse
584 que o instrumento escolhido foi o instituto porque os mecanismos tradicionais da administração
585 direta e os da indireta mostraram-se insuficientes para dar respostas. Ressaltou que a iniciativa
586 é um movimento da retomada da responsabilidade do Estado e de busca de mecanismo de
587 gestão que se aplica exclusivamente à saúde indígena para garantir o caráter público, uma vez
588 que 85% dos trabalhadores em saúde indígena são contratados por OS. Reiterou que a
589 proposta é instituir entidade paraestatal por lei na forma de Serviço Social Autônomo, com
590 prerrogativas próprias do setor público, para cumprir as determinações da SESAI. Ressaltou
591 que a intenção é garantir uma gestão que responda às especificidades da saúde indígena –
592 contratar hora/voo, transporte terrestre, comprar alimentação e remédio, contratar pessoal.
593 Ressaltou que não se trata de um modelo similar à EBSERH e dispôs-se a discutir com o CNS

594 a gestão dos hospitais. Frisou que nesse debate são inegociáveis questões essenciais como
595 preservação do saber e da cultura indígena e, nessa linha, a proposta é contratar profissionais
596 das aldeias. Também destacou que não há afronta aos mecanismos de controle social, pois a
597 proposta foi debatida na CISI/CNS, nos CONDISIs e, naquele momento, no Plenário do CNS.
598 Salientou ainda que a relação com o Instituto se dará por meio de contrato de gestão. Informou
599 que será realizada oficina de trabalho nos dias 25 e 26 de setembro para debater a minuta do
600 projeto de lei e serão convidados Presidentes dos CONDISI, organizações sociais que militam
601 na área de política indígena, a CISI/CNS e outros conselheiros, FUNASA, FUNAI, MP. Assim,
602 na condição de Ministro, convocou os conselheiros nacionais de saúde para participar dessa
603 oficina e promover um debate com compromisso e honestidade intelectual e política. Ressaltou
604 que a intenção é ampliar o máximo o debate, mas a opinião determinante será a dos povos
605 indígenas. Também frisou que a saúde indígena está no âmbito do SUS e a referência ao
606 “relacionamento com o SUS” está ligada à necessidade de combinar ações de média e alta
607 complexidade. Finalizou a sua fala com o conceito de equidade: para produzir justiça social e
608 igualdade, é preciso reconhecer as diferenças e tratar diferente os diferentes para não produzir
609 injustiça por conta da igualdade. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** agradeceu a
610 presença do Ministro da Saúde, das representações indígenas e demais convidados e
611 comprometeu-se a verificar a forma de participação dos conselheiros na oficina. Definido esse
612 ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Reiniciando, a mesa foi recomposta para o item 4 da
613 pauta. **ITEM 4 – BALANÇO DA GESTÃO 2008/2014 DA ANVISA** - Apresentação: **Dirceu**
614 **Brás Aparecido Barbano**, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –
615 Anvisa. Debatedores: conselheira **Lorena Baía**, coordenadora da Comissão de Assistência
616 Farmacêutica do CNS; conselheiro **Nelson Mussolini**; e conselheira **Maria do Socorro de**
617 **Souza**, Presidente do CNS. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa
618 Diretora do CNS. O Diretor-Presidente da Anvisa, **Dirceu Brás Aparecido Barbano**, iniciou
619 agradecendo a oportunidade de tratar sobre vigilância sanitária, um componente relevante da
620 política pública de saúde do país. Disse que apresentaria um balanço da gestão 2008/2014 da
621 ANVISA, com destaque para pontos que considerou importante. Começou salientando os
622 pilares da gestão 2008-2011 e 2011-2014 da Anvisa: transparência e diálogo; fortalecimento
623 das instituições; melhoria das práticas regulatórias; consolidação da imagem internacional; e
624 ampliação da articulação e integração. Na linha da transparência e diálogo, disse que a
625 Agência adotou os seguintes mecanismos de transparência e controle social: Carta de Serviços
626 (2ª edição já publicada. Trata-se de um documento onde são firmados compromissos em
627 relação à forma de atendimento, prazo, entre outros aspectos); Ouvidoria; Agenda regulatória;
628 Central de atendimento; consultas públicas; reuniões públicas da Diretoria Colegiada - DICOL;
629 e Lei de Acesso à Informação. Também destacou a realização da Semana de Vigilância
630 Sanitária no Congresso Nacional, com apresentação dos resultados que a Anvisa tem
631 alcançado em sua missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos à saúde.
632 Destacou ainda as seguintes iniciativas: a) Sistema Eletrônico de Consultas Públicas: a Anvisa
633 implementou, em 2012, uma nova forma de realizar suas consultas públicas com o objetivo de
634 oferecer à sociedade um método mais eficiente de participar e de se posicionar em relação às
635 propostas de regulação; b) TV ANVISA: canal de comunicação interna da Agência que entrou
636 em funcionamento no dia 8 de abril de 2013 e hoje há 93 locais com aparelhos instalados. A
637 grade de programação inclui informações de interesse institucional, socioculturais, econômicas,
638 climáticas e noticiosas; e fila de pública de processos: visando dar transparência à tramitação
639 dos processos, foi disponibilizada no portal da Anvisa a lista de pedidos que aguardam análise
640 e os prazos médios praticados por essas análises. Também salientou que entrou em
641 funcionamento o novo sistema de petionamento eletrônico de bulas, que permite aos
642 laboratórios farmacêuticos a notificação, de forma automática, de alterações realizadas nas
643 bulas de medicamentos. Outra ação de destaque foi a permissão dada pela Anvisa para que as
644 empresas possam alterar a ordem dos pedidos de registro apresentados, podendo priorizar
645 aquele que considerarem mais importante ou mais inovador. As mudanças dão continuidade a
646 um conjunto de medidas adotadas para aumentar a agilidade do setor, como a implantação do
647 Sistema de Registro Eletrônico de Medicamentos, que começou a funcionar em abril de 2013.
648 A ferramenta concentra os pedidos de registros de novos medicamentos e reduz o tempo de
649 análise de cada pedido. No campo do fortalecimento institucional, destacou o Programa de
650 Modernização da Gestão (PMG), explicando que por meio desse mecanismo a Agência passou
651 a adotar o Modelo de excelência em Gestão Pública (MEGP), que constitui a principal
652 referência do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (Gespública) do
653 MPOG. Também citou o Planejamento Estratégico – 10 anos que foi elaborado a partir de

reflexões estratégicas entre os servidores, gerentes, diretores e colaboradores da Casa. A partir desse trabalho, foram definidas a nova missão, visão e valores da Agência. Este processo teve por principal objetivo promover o aperfeiçoamento da gestão da Anvisa, por meio da implantação de um processo de gestão estratégica, tendo como base os princípios da gestão pública contemporânea da produtividade, qualidade e efetividade de suas ações. Ressaltou também a consolidação da nova estrutura organizacional, com criação das cinco diretorias e definição das respectivas competências com base nos 05 macroprocessos: Regulação Sanitária; Autorização e Registro Sanitário; Controle e Monitoramento Sanitário; Articulação do SNVS e Gestão Institucional. Também destacou que foi feita alteração do Regimento Interno como mais uma etapa do ajuste organizacional, fruto do planejamento estratégico iniciado em 2010. Disse que esse processo consolida a nova estrutura organizacional, criando as superintendências e estabelecendo as matrizes de relação entre as diferentes áreas e a Diretoria Colegiada; e define os critérios de escolha dos cargos de gestão da ANVISA. Ressaltou que a Agência definiu processo seletivo para os cargos gerenciais e é a primeira Agência Reguladora a estabelecer critérios para a escolha de seus gerentes. Os procedimentos para a nomeação e exoneração de ocupantes de cargos comissionados na Agência foram estabelecidos pela Portaria nº 791, publicada em maio de 2012. Além disso, salientou que o concurso público realizado possibilitou a melhoria da capacidade operacional da Anvisa, com o ingresso de 314 novos servidores em 2014. Detalhou que os processos seletivos para cargos gerenciais na Anvisa foram institucionalizados em 2012, com os seguintes objetivos: aprimorar o processo de escolha dos gestores da Agência, baseado em mérito e desempenho; possibilitar o crescimento profissional dos servidores da Agência por meio da ocupação de cargos gerenciais; garantir a transparência no processo de escolha dos ocupantes de cargos gerenciais; e instituir mecanismos e procedimentos que possibilitem a escolha do profissional com o perfil mais adequado para a função. Detalhou os resultados obtidos com o processo seletivo para cargos gerenciais: 25 processos seletivos realizados: 16 seleções para cargos de Gerente-Geral (DAS 5) e 9 seleções para os cargos de Superintendentes (DAS 6); Total de 315 inscritos; das atuais 21 Gerencias-Gerais, 12 (57 %) foram ocupadas mediante processo seletivo, uma está vaga aguardando a conclusão do processo seletivo já aberto, e 8 (38 %) são ocupadas por gestores que já se encontravam nomeados antes da regulamentação dos processos seletivos; e todas as 9 Superintendências foram preenchidas mediante processos seletivos. Acrescentou outros resultados obtidos com esse processo: a quantidade de servidores da Anvisa que ocupam cargos de Gerente-Geral dobrou, passando de 6 para 12. E a quantidade de profissionais sem vínculo com a administração pública passou de 6 para 4; entre os 9 Superintendentes, 5 são da própria Anvisa; e atualmente, 80% dos cargos de Gerente-Geral são ocupados por servidores públicos concursados. Com relação à formação, antes dos processos seletivos, 75% dos Gerentes-Gerais possuíam pós-graduação, atualmente, 90% destes gestores possuem especialização, mestrado ou doutorado. Todos os nove superintendentes possuem pós-graduação, sendo que sete deles possuem mestrado ou doutorado. Ou seja, todos os cargos de gerente são ocupados por servidor da ANVISA. Disse que a política de aproveitamento dos servidores da própria Anvisa para os cargos de gerente-Geral e Superintendentes se reflete na ocupação de todos os cargos comissionados de livre nomeação (dos 92 profissionais, apenas 24 não são servidores públicos). No campo da melhoria das práticas regulatórias, destacou a Agenda Regulatória (AR), iniciativa pioneira no âmbito da Administração Pública Federal. A AR da Anvisa é composta por temas estratégicos e prioritários a serem regulamentados pela Agência em determinado período, previamente discutidos com a sociedade civil, setor regulado e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Por meio desse instrumento, é possível sistematizar e ampliar a transparência e a participação da sociedade no campo da regulação, além de possibilitar maior previsibilidade, eficiência e credibilidade para o processo de regulamentação. Destacou que a partir de 2013 teve início a Agenda Regulatória – Ciclo Quadrienal (2013-2016), apresentando mudanças em seu processo de elaboração, na sua vigência e especialmente no aprimoramento dos mecanismos de participação da sociedade. Dentro do ciclo quadrienal são publicadas duas Agendas Regulatórias com vigência bienal cada uma (2013-2014 e 2015-2016). Destacou que a partir de 2006, após normatizar várias questões, a ANVISA apresentou queda no número de normas publicadas e a partir de 2010/2011 a média é 62 normas publicadas por ano. Na linha da normatização, citou a publicação do Decreto nº. 8077/2013, que regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas a licenciamento sanitário e o registro, controle e monitoramento dos produtos que trata a Lei nº. 6360/1976 e do Decreto nº. 8.037/13, que cria a Comissão Científica em Vigilância Sanitária.

Também destacou o mapeamento e simplificação dos processos de registro de medicamentos, com o objetivo de mapear, avaliar e revisar os processos de trabalho desenvolvidos na Gerência-Geral de Medicamentos (GGMED), visando reduzir o tempo de registro de medicamentos no Brasil, sem prejuízo à segurança sanitária. Destacou ainda a revisão de marcos regulatórios visando simplificação, que abrangente processo de revisão de marcos regulatórios com foco na simplificação de processos e ganhos na eficiência estratégica, compreendendo as diferentes etapas do controle sanitário e os diferentes objetos. E, além disso, anuênciia prévia de patentes farmacêuticas, com revisão da RDC nº. 45/2008 que resultou na publicação da RDC nº. 21/2013 e da Ordem de Serviço 03/13 . Também citou a publicação da Portaria do MS nº. 736/2014 que estabelece os produtos e destinações terapêuticas de interesse para o SUS, para fins de prévia anuênciia. Fez um destaque ao Programa de Segurança do Paciente (MS e ANVISA), apresentado ao CNS, que tem por objetivo promover melhorias relativas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento e internação. Salientou a atuação da ANVISA nos eventos de massa, destacando a definição de mecanismos de preparação e monitoramento com foco nos requisitos sanitários dos serviços de alimentação e de saúde oferecidos ao público. Citou a coordenação, apoio técnico e acompanhamento das ações de vigilância sanitária nas cidades-sede do mundial de futebol, entre outros e a categorização dos serviços de alimentação, que estabeleceu a classificação dos serviços de alimentação nas cidades-sede da Copa 2014. Disse que foi publicada a Portaria nº 996/2013 com a lista das cidades-sede que aderiram ao projeto (das 12 cidades-sede, 11 fizeram a adesão: Belo Horizonte, Brasília, Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Natal, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo). Explicou que o objetivo da iniciativa de categorização é permitir que o cidadão conheça o nível de adequação sanitária do local onde está comendo. Os resultados da avaliação das condições sanitárias de 2.075 estabelecimentos em 26 cidades, incluindo 11 sedes da Copa do Mundo da FIFA Brasil 2014 estão publicados no site da ANVISA. A proposta será apresentada aos brasileiros em forma de projeto-piloto que terá duração de dois anos. Também salientou a consolidação da imagem internacional da Anvisa, explicando que a Agência recebeu nota máxima pela avaliação da Opas e tornou-se Autoridade Reguladora Nacional pré-qualificada e de referência nas Américas. Disse que a Anvisa organizou, em 2012, a 7ª Cúpula de Dirigentes de Agências Reguladoras de Medicamentos (7th Summit of Heads of Medicines Regulatory Agencies), realizada em Manaus/AM, com a presença de 80 especialistas que representaram agências de 25 países. Na linha de novo modelo de coalizão global, deu destaque à proposta de agenda global da saúde que foi o tema da 66ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra, Suíça. Explicou que o encontro reuniu ministros de estado, chefes de agências reguladoras, diplomatas e representantes da saúde de diversos países. Destacou que a iniciativa é considerada o ponto de partida para a coalizão firmada entre 12 agências durante reunião realizada na Holanda em 2013. Desde então, há intensa mobilização no sentido de ampliar o número de participantes em um modelo de coalizão pautado pelo desenvolvimento de confiança e no fortalecimento das capacidades locais. Acrescentou que a ANVISA é parte do Comitê Gestor do ICMRA. Disse que a última reunião entre os membros aconteceu no dia 23 de agosto, no Rio de Janeiro e resultou na aprovação de um documento de compromisso de todos com abordagem colaborativa para o desenvolvimento de registros de medicamentos relacionados a prevenção e tratamento de infecção pelo vírus ebola. Explicou que a 16ª Conferência de autoridades reguladoras de medicamentos e dispositivos médicos da Organização Mundial da Saúde ICDRA/OMS ocorreu de 23 e 29 de agosto, no Rio de Janeiro e contou com 600 inscritos, oriundos de 122 diferentes países. Foram emitidas 92 recomendações à OMS no sentido do fortalecimento das capacidades dos países para a proteção da saúde em nível local, regional e global. Ainda em relação à projeção internacional, explicou que a ANVISA é reconhecida como equivalente às tradicionais Agências de países desenvolvidos e participa de inúmeras iniciativas globais ICMRA, IMRDF, MDSAP, IPRF, IGDRP, ICH e ICCR. Além disso, é protagonista no movimento de convergência regulatória em detrimento de harmonização de legislações. Na linha da ampliação da articulação e integração com políticas públicas e com o sistema nacional de vigilância sanitária, destacou o fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, qualificação e capacitação da Vigilância Sanitária, qualificação do SNVS no âmbito de inspeção de produtos e insumos ao padrão internacional da OMS. No que se refere ao fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, citou, entre outras, as seguintes iniciativas: parceria com o INCQS (R\$ 1,7 mi) para desenvolvimento e implantação do Sistema de Gerenciamento de Amostras Web (SGAWeb); incentivo financeiro de custeio aos LACENs (R\$

774 2,99 mi) para o fortalecimento das ações de vigilância sanitária em portos, aeroportos e
775 fronteiras; incentivo financeiro para os LACENs da região da Amazônia Legal para análise de
776 medicamentos utilizados no tratamento da malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose; e
777 Projeto de Pré-qualificação de Laboratórios pela OMS para análise de medicamentos. Acerca
778 da qualificação do SNVS no âmbito de inspeção de produtos e insumos ao padrão
779 internacional da OMS, enumerou as seguintes iniciativas: harmonização dos procedimentos de
780 inspeção para fabricantes de medicamentos, insumos e produtos para a saúde, e também
781 distribuidoras, armazenadoras, importadoras, transportadoras de medicamentos; instituição do
782 Sistema CANAIS que integra as informações de inspeções dos entes do SNVS; e
783 implementação do Programa de Auditoria Técnica para avaliação *in loco* da capacidade
784 operacional e do processo de trabalho. A respeito da qualificação do SNVS no âmbito de
785 inspeção de produtos e insumos ao padrão internacional da OMS, destacou: harmonização dos
786 procedimentos de inspeção para fabricantes de medicamentos, insumos e produtos para a
787 saúde, e também distribuidoras, armazenadoras, importadoras, transportadoras de
788 medicamentos; instituição do Sistema CANAIS que integra as informações de inspeções dos
789 entes do SNVS; e implementação do Programa de Auditoria Técnica para avaliação *in loco* da
790 capacidade operacional e do processo de trabalho. Disse que a Agência participa das
791 iniciativas do Plano Brasil Maior e apoia as parcerias para o desenvolvimento produtivo do MS
792 no que se refere ao monitoramento dos compromissos visando à garantia das transferências
793 de tecnologias para os laboratórios públicos. Também explicou que a ANVISA realiza ações
794 relativas a controle sanitário sobre tabaco, destacando a publicação da norma, em março de
795 2012, que restringe o uso de aditivos nos produtos derivados do tabaco. Essa regra enfrenta
796 duas correntes de resistência: uma no Congresso Nacional onde tramita um PDC propondo a
797 sua nulidade e outra no STF onde a CNI obteve uma ADI que questiona a competência legal
798 da ANVISA para emitir regulamentos e proibir a comercialização de produtos. Disse que a
799 ANVISA formalizou um Grupo de Trabalho composto por especialistas brasileiros e
800 estrangeiros que finalizaram, no dia 14 de agosto, um relatório sobre a lista de aditivos
801 solicitados pela indústria para permanecerem autorizados. Do ponto de vista da atuação
802 estratégica, explicou que a Anvisa, por meio da GGTAB, atua em conjunto com a PF e a
803 SRFBr no controle e monitoramento do comércio ilícito de produtos de tabaco; coordena o
804 desenvolvimento do projeto para criação do laboratório para controle do tabaco, no Rio de
805 Janeiro; coordena projetos de capacitação para os fiscais de órgãos estaduais e municipais de
806 vigilância sanitária; coopera científica, técnica e jurídica, além de prestar assistência
807 especializada a diversos países; e representa o Estado Brasileiro nas discussões e na
808 elaboração das diretrizes de alguns artigos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
809 (OMS). Falou ainda sobre temas em andamento: Norma para o controle sanitário da
810 importação de produtos fumígeros incluída na Agenda Regulatória 2013/2014 com previsão de
811 ser submetida à Consulta Pública até o final de 2014; revisão do texto original da CP 117/2010
812 visando harmonização com o texto do Decreto nº 8.262/14; elaboração de diretrizes para a
813 aplicabilidade da nova legislação pelo SNVS – Decreto 8.262/14, que regulamenta a Lei
814 12.546/11, a qual alterou a Lei Federal 9.294/96; e dois assuntos de grande impacto tratados
815 nestas normativas: os ambientes 100% livres de fumo e a proibição da propaganda dos
816 produtos de tabaco nos pontos de venda. A respeito do controle sanitário sobre agrotóxicos,
817 detalhou as ações que contribuem para a redução do uso de agrotóxicos no país: reavaliação
818 de agrotóxicos que restringiram ou proibiram o uso de diversos ingredientes ativos;
819 monitoramento de resíduos em alimentos (PARA) que resultou e resulta em ações
820 descentralizadas pelas VISAs estaduais de controle e redução do uso de agrotóxicos;
821 regulamentação de formas de registro simplificadas e específicas para categorias de produtos
822 de origem biológica que apresentam baixo risco e perigo para a saúde e meio ambiente;
823 discussão com a sociedade, incluindo a realização de 3 seminários sobre agrotóxico e saúde
824 com a sociedade; ações de educação através da criação do GESE – Grupo de Educação e
825 Saúde sobre agrotóxicos que reuniu diversos setores e elaborou algumas estratégias de
826 educação sobre o tema que seguem se disseminando pelo país; e investimento na promoção
827 de uma agricultura saudável passando a integrar a Política Nacional de Agroecologia e
828 Produção Orgânica e, no seu âmbito, o GT que elaborou a proposta do PRONARA – Programa
829 Nacional para a Redução de Agrotóxicos. Disse que em 2008 a ANVISA iniciou processo de
830 reavaliação de 14 ingredientes e destacou lista de ativos que entraram em reavaliação por
831 publicação da RDC nº 10/2008. Destacou que foram finalizadas as seguintes reavaliações:
832 Acefato, Cihexatina, Endossulfam, Fosmete, Metamidofós e Tricloform. Disse que alguns
833 ingredientes ativos foram restritos, outros banidos ou o uso descontinuado e outros tiveram

restrições. Também falou sobre a divulgação dos resultados do PARA, destacando: 2012 - todas amostras analisadas e relatório da 2ª parcial está concluído - serão divulgados nas próximas semanas; 2013 - 18 culturas coletadas; 14 culturas já analisadas - resultados serão divulgados no quarto trimestre de 2014; e 2014 - 17 culturas com coletas previstas até dezembro - resultados serão divulgados no início de 2015. Disse ainda que a ANVISA teve importante atuação no registro de produtos biológicos e o objetivo é promover um incremento da disponibilidade de produtos de baixo risco e perigo para uso na agricultura. Destacou ainda que a Agência participou ativamente da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica – PNAPO, que foi instituída pelo decreto Nº 7.794, de 20 de agosto de 2012. A partir desta publicação, a ANVISA passou a compor uma das instâncias de gestão da PNAPO: a Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica – CNAPO. A ANVISA colaborou na elaboração do PLANAPO entre 2012-2013. Além disso, participa do GT que elaborou a proposta do PRONARA – Programa Nacional para a Redução de Agrotóxicos. Também falou sobre o controle sanitário de medicamentos para emagrecer, lembrando que a obesidade é considerada um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo moderno. Explicou que a RDC nº. 52/2011 visou reduzir os riscos aos quais estava submetida a população brasileira quando do uso dos medicamentos classificados como inibidores do apetite. Para tanto, proibiu a produção e comercialização de medicamentos contendo as substâncias mazindol, anfepramona e femproporex, devido a ausência de comprovação científica da eficácia e da segurança, aliada aos relatos (em literatura e no banco de dados sobre notificações) de evidências de eventos adversos graves, determinando um perfil de segurança desfavorável no seu uso no combate à obesidade. Nesse processo, foram mantidos medicamentos a base da substância sibutramina que, ao ser registrada no Brasil, contou com provas necessárias aos parâmetros exigidos de eficácia para inibidores do apetite considerando-se o desfecho de perda de peso. Disse que a pesquisa Vigitel 2013 (Ministério da Saúde) revela que a obesidade, e o excesso de peso, no Brasil param de crescer pela primeira vez em oito anos. A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2013) indica que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso ideal e que destes 17,5% são obesos. O levantamento do Ministério da Saúde demonstra que, pela primeira vez em oito anos consecutivos, tais percentuais foram estabilizados. Em 2006, a proporção de pessoas com sobrepeso era de 42,6% e com obesidade, 11,8%. Apesar da proporção de obesos entre os sexos ser a mesma (17,5%), os homens apresentam maior excesso de peso: 54,7% contra 47,4% das mulheres. Além disso, destacou que a Pesquisa também revelou uma melhora na incorporação de hábitos saudáveis de vida com aumento no consumo diário de frutas e hortaliças nos últimos 6 anos (23,6%, em 2013, contra 20% em 2008). O estudo demonstra também crescimento da atividade física no lazer nos últimos cinco anos (33,8%, em 2013, contra 30,3%, em 2009). Os homens são mais ativos: 41,2% praticam exercícios no tempo livre, frequência praticamente estável desde 2009. O índice das mulheres passou de 22,2% para 27,4%, no mesmo período. Explicou que hoje há um vácuo normativo acerca da comercialização desses produtos e na semana anterior o Congresso Nacional aprovou o PDC 1123/2013, de autoria Dep. Beto Albuquerque, que anulou a norma da ANVISA. Esse PDC foi transformado no Decreto Legislativo 273/2014, que susta a Resolução - RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol. Ressaltou que essa decisão representa perigo para a saúde pública e abre um precedente indesejável. No seu modo de ver, as empresas que tiverem interesse em retomar a comercialização dos produtos devem ser obrigadas a apresentar estudos que comprovem a eficácia e a segurança dos produtos. Além disso, será proposta a proibição da manipulação em farmácias, dados os riscos associados à manipulação, ao controle e ao uso das substâncias. Além disso, destacou que, em caso de alguma empresa apresentar dados que permitam o retorno de algum produto industrializado ao mercado, esses sejam submetidos ao mesmo controle da sibutramina. Sobre o Programa de Inclusão Produtiva com Segurança Sanitária, explicou que se trata de um eixo prioritário da ANVISA, com envolvimento com as macro políticas sociais brasileiras, com foco na erradicação da pobreza extrema e no avanço da formalização das atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária. Disse que o Programa previa a integração com o Plano Brasil sem Miséria, aderindo ao Eixo Inclusão Produtiva e agrupa o tema “Inclusão Produtiva com Segurança Sanitária”. Explicou que a ideia era aperfeiçoar o trabalho realizado pelo SNVS junto aos Microempreendedores Individuais (MEI), aos Empreendimentos da Agricultura Familiar aos Empreendimentos Econômicos Solidários, visando à promoção da geração de renda, do emprego e da inclusão social com segurança

894 sanitária, articulado com os demais órgãos e instituições governamentais. Disse que a atuação
895 terá como princípio amparar esses empreendimentos, incluindo-os com segurança sanitária e
896 contribuindo para criar novas oportunidades de desenvolvimento local. Finalizando, apresentou
897 as principais ações propostas: conhecer a realidade que permeia o MEI, a Agricultura Familiar
898 e os Empreendimentos da Economia Solidária; levantar o arcabouço regulatório da Anvisa com
899 impacto nas atividades desses empreendimentos; elaborar instrumento legal para amparar
900 estes empreendedores (RDC 49/2013); realizar Projeto Piloto para implementação da Norma;
901 buscar parcerias; elaborar Plano de Trabalho com parceiros; sensibilizar órgãos
902 governamentais e não governamentais para fomentar o PIPSS; definir metodologias para o
903 desenvolvimento de materiais de sensibilização e para a capacitação do SNVS e
904 empreendedores; realizar e participar de palestras, oficinas e seminários em eventos,
905 congressos e reuniões; promover um maior conhecimento sobre o SNVS no âmbito dos órgãos
906 governamentais, não governamentais, entidades parceiras e empreendedores; e harmonizar
907 ações entre a ANVISA, MAPA e MDA. Destacou que as principais estratégias foram as
908 seguintes: realizar diversas atividades com a finalidade de sensibilizar os profissionais de
909 VISA, os órgãos governamentais e não governamentais; conhecer diversas ações nacionais e
910 regionais análogas ou convergentes com a proposta do PIPSS; conhecer experiências exitosas
911 de VISAs de Municípios e Estados relacionadas ao MEI, Agricultores Familiares e
912 Empreendedores da Economia Solidária para serem compartilhadas. Encerrou a sua
913 explanação com a seguinte citação de Zygmunt Bauman, maio 2012: "O diálogo é certamente
914 uma arte difícil. Significa esclarecer as questões em conjunto, mais do que conduzi-las por
915 meio de seu próprio caminho; multiplicar as vozes, mais do que reduzi-las; ampliar as
916 possibilidades perseguindo o entendimento, em vez de visar a derrota do outro; e tudo isso
917 deve estar animado pelo desejo de manter a conversa fluindo. Dominar esta arte consome
918 tempo e não promete tornar nossa vida mais fácil. No entanto, promete torná-la mais excitante,
919 mais útil aos outros, e transformar nossas escolhas profissionais em uma viagem de
920 descobrimento contínua e interminável". Conselheira **Lorena Baía**, coordenadora da
921 CIAF/CNS, iniciou saudando o diretor-presidente da ANVISA pelos avanços alcançados na
922 gestão de 2008-2014. Destacou que o controle social possui participação importante no
923 processo de construção das políticas públicas voltadas à regulamentação e acesso à
924 assistência farmacêutica. Da explanação do diretor da ANVISA, chamou a atenção para a
925 importância da definição da agenda regulatória da saúde, da criação do conselho consultivo
926 (do qual o CNS é parte) e da realização de consultas públicas. Fez um destaque ainda aos
927 avanços na relação público/privado, enfatizando a parceria de desenvolvimento produtivo de
928 medicamentos, o que contribuiu para ampliar o acesso da população aos insumos. Pontuou
929 como avanço ainda a regulação de preços, principalmente para o serviço público, com a
930 implantação da Câmara de Medicamentos e criação de banco de preços em saúde. Por outro
931 lado, avaliou como retrocesso a liberação dos anorexígenos - mazindol, anfepramona e
932 femproporex - entendendo que essa iniciativa é contra ao que propõe os programas de saúde
933 pública para o combate da obesidade. Ressaltou o avanço da publicação de resoluções sobre
934 fabricação de produtos e medicamentos, todavia, salientou que há grande lacuna no que se
935 refere à dispensação (80% da produção é dispensada na rede privada). Também ressaltou que
936 é preciso avançar na fiscalização e controle da venda de medicamentos comercializados sem a
937 apresentação da receita (tarja vermelha). Além disso, defendeu o desenvolvimento de
938 mecanismos de controle a fim de garantir que a dispensação seja acompanhada da orientação
939 farmacêutica e dos cuidados para utilização desses medicamentos. Destacou como positiva a
940 iniciativa de concurso para escolha dos cargos de gestão da Agência, contudo, manifestou
941 preocupação com a possibilidade de o próximo diretor da ANVISA não ser da área da saúde.
942 Por fim, ressaltou que a aprovação da Lei nº. 13.021/14, que transforma a farmácia em
943 estabelecimento de saúde, é um avanço, mas a publicação da MP nº. 653, no mesmo dia, é
944 um retrocesso ao determinar que a nova legislação não se aplica a micro e pequenas
945 empresas (o que corresponde a cerca de 90% das farmácias do país). Com a publicação da
946 MP, as micro e pequenas empresas poderão ficar sob a responsabilidade de um técnico de
947 farmácia e não de um farmacêutico. Lembrou que a profissão de técnico em farmácia não é
948 regulamentada no país. Solicitou o apoio da ANVISA para garantir que as farmácias sejam, de
949 fato, estabelecimentos de saúde. Conselheiro **Nelson Mussolini**, representante da CNI,
950 cumprimentou a ANVISA pela excelência do trabalho desenvolvido que, inclusive, levou o país
951 ao patamar de agências reguladoras internacionais. Disse que o setor possui preocupações
952 como a venda livre de medicamentos de tarja vermelha sem a apresentação de receita médica
953 e reiterou a defesa da regulamentação. Sobre os inibidores de apetite, explicou que a indústria

954 farmacêutica não fez nenhum movimento para garantir que esses medicamentos
955 permanecessem no mercado. Ressaltou que entrou em contato com duas empresas e uma
956 declarou que não irá lançar produtos e as outras estão avaliando, mas possivelmente também
957 não. Também saudou o diretor-presidente da ANVISA e a diretoria pelo trabalho desenvolvido
958 no sentido de garantir que os técnicos da Agência conhecessem o funcionamento das
959 empresas e, com isso, assegurar a técnica com conhecimento da prática. Finalizando,
960 cumprimentou o diretor-presidente da ANVISA pelo trabalho de diálogo, nem sempre fácil, mas
961 que buscou melhorar a qualidade de vida da população. Por fim, disse que o Brasil possui uma
962 indústria farmacêutica de excelência por causa do trabalho desenvolvido pela ANVISA desde a
963 sua criação. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que o diretor-presidente da ANVISA
964 teria que se ausentar para participar de reunião com o Ministro de Estado da Saúde. O Diretor-
965 Presidente da Anvisa, **Dirceu Brás Aparecido Barbano**, explicou que verificaria a
966 possibilidade de retornar ao final do dia após a reunião com o Ministro para dar continuidade ao
967 debate. **Como encaminhamento, a mesa sugeriu retomar o debate ao final do dia com a**
968 **presença do diretor. O Plenário acatou o encaminhamento.** ITEM 5 — COMISSÃO
969 INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN (LOA E RAG) - Informe
970 sobre a jornada de oficinas de financiamento e orçamento – Inicialmente, conselheiro
971 **Ronald Ferreira dos Santos**, coordenador da COFIN/CNS, fez um informe sobre a jornada
972 Gilson Carvalho de oficinas de financiamento e orçamento: Financiamento e os 25 Anos do
973 SUS. Explicou que o objetivo geral da jornada foi promover um resgate histórico dos 25 anos
974 do SUS, com a divulgação e a sensibilização dos diversos atores regionais do Controle Social
975 na saúde sobre a LC 141/2012, e com um amplo debate sobre a proposta de iniciativa popular
976 (PLP 321/2013), Saúde + 10 na perspectiva do processo de construção da XV Conferência
977 Nacional de Saúde. Lembrou que o público alvo das oficinas foram as Comissões de
978 Orçamento dos conselhos estaduais e conselhos municipais das capitais e os conselheiros
979 nacionais também foram convidados. Detalhou que foram realizadas oficinas nas seguintes
980 Regiões, totalizando 330 participantes: Centro Oeste e Norte – Brasília, 25 e 26 julho; Sul –
981 Curitiba, 8 e 9 de agosto; Sudeste – São Paulo, 15 e 16 de agosto; Nordeste 1 – Fortaleza, 22
982 e 23 de agosto; Nordeste 2 – Salvador, 29 e 30 de agosto. Destacou a participação nos
983 Estados do Rio de Janeiro (65 conselheiros), Paraná (45 participantes), Ceará (33) e São
984 Paulo (25). Elencou os comentários gerais/avaliação da jornada: não realizar eventos aos
985 sábados; excelentes expositores; pouco tempo para extensos e ricos conteúdos; promover
986 oficinas nos Municípios; desenvolver metodologia mais participativa; buscar maior participação
987 dos gestores; realizar mais oficinas sobre o assunto; ampliar o número de participantes; acesso
988 e instalações inadequadas/sem ônibus ND2; local de difícil locomoção; aumentar estrutura;
989 continuidade na capacitação dos conselheiros a distância; e fazer oficinas estaduais e não
990 regionais. Disse que 90% dos participantes avaliaram como ótimo e bom praticamente em
991 todas as Regiões. Destacou que os principais problemas apontados nas oficinas foram
992 subfinanciamento, escassez de pessoal e gestão (relação público/privado e modelo de
993 atenção). Também lamentou a participação pequena dos conselheiros nacionais, dada a
994 riqueza dos debates (Oficina Região Sul – Curitiba: Aníbal Gil Lopes, Carlos Alberto Duarte,
995 Clóvis Boufleur, Liane Terezinha de Araújo Oliveira e Patrícia Augusta Alves Novo), Oficina
996 Região Nordeste 1 – Fortaleza (Verônica Lourenço da Silva e Cleoneide Paulo Monteiro) e
997 Oficina Região Nordeste 2 – Salvador (Maria do Socorro de Souza e Ubiraci Matildes de
998 Jesus). Disse que a intenção é considerar o resultado dos debates das oficinas no processo de
999 preparação da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Por fim, fez uma homenagem ao médico
1000 Gilson Carvalho, morto em 3 de julho de 2014. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou
1001 que participara da oficina da Região Sul na condição de conselheiro estadual do RS e avaliou
1002 que houve pouca participação de conselheiros nacionais por falta de financiamento.
1003 Considerando a importância da oficina, sugeriu que fosse realizada especificamente para os
1004 conselheiros nacionais de saúde. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** registrou que a
1005 conselheira Michely Ribeiro da Silva também participou da oficina da Região Sul. Conselheira
1006 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, avaliou que a jornada das oficinas foi exitosa
1007 e agradeceu os conselheiros estaduais pela mobilização e participação nessa atividade.
1008 Destacou que o papel de formação do CNS no campo do financiamento e orçamento é
1009 essencial porque a maioria dos conselhos estaduais não está preparada para capacitar os
1010 conselheiros e fazer o controle social nessa área. Destacou que a metodologia e o momento
1011 das oficinas foram adequados e lembrou que não foi financiada pelo CNS, mas sim pelos
1012 Estados. Disse que o desafio é como dar continuidade ao processo formativo nesse campo,
1013 fortalecendo os conselhos e as comissões de orçamento, haja vista que alguns conselhos

1014 precisam de suporte nesse processo de formação. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo**
1015 **Oliveira** destacou que a oficina foi um momento importante de aprendizado e é preciso dar
1016 continuidade. No caso de Santa Catarina, disse que não houve representação porque o
1017 Conselho Estadual não custeou a ida. Assim, avaliou que o CNS deve manifestar-se a esse
1018 respeito. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que um decreto do governo de
1019 Estado de Santa Catarina está inviabilizando o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde.
1020 A norma impede o custeio de participação de conselheiros não servidores públicos estaduais
1021 em atividades do Conselho. Disse que o CNS deveria manifestar-se sobre essa questão,
1022 lembrando inclusive que impediu a participação de representantes de Santa Catarina na
1023 oficina. Conselheira **Sandra Régis** explicou que a CISM/CNS está debatendo a proposta de
1024 realizar oficinas estaduais e solicitou o apoio da COFIN/CNS nesse processo. Conselheiro
1025 **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a COFIN/CNS mobilizou, para a realização das
1026 oficinas, as secretarias executivas dos Conselhos, as coordenações de COFIN estaduais,
1027 coordenação de Plenária e integrantes da COFIN/CNS. Conselheiro **Wanderley Gomes da**
1028 **Silva** salientou que as oficinas foram produtivas e contribuíram no debate sobre o projeto do
1029 país na perspectiva do financiamento da saúde pública, com envolvimento de outros atores
1030 sociais nesse processo. Disse que se configurou em um espaço para que os participantes
1031 apontassem dificuldades enfrentadas – acesso aos Conselhos Estaduais, comunicação com o
1032 CNS, entre outros aspectos – e, por outro lado, as oficinas contribuíram para iniciar a
1033 mobilização para construção da 15ª CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que é
1034 preciso aprofundar o debate sobre as dificuldades enfrentadas pelos **conselhos no**
1035 **acompanhamento da execução orçamentária, por falta de informações.** A respeito da
1036 **situação de Santa Catarina, sugeriu que os representantes do MS, junto com a**
1037 **representação do CONASS, intermediassem para solução do problema.** Conselheiro
1038 **André Luiz Bonifácio comprometeu-se a mediar a situação, junto com o CONASS.**
1039 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também agradeceu o apoio da SE/CNS e da equipe
1040 técnica do CNS na realização das oficinas. Segundo, o coordenar da COFIN/CNS falou sobre
1041 a análise do Relatório Anual de Gestão – RAG. Explicou que o CNS inaugurava, na prática, a
1042 Lei nº. 141/2013, no que diz respeito ao RAG. Lembrou que o Relatório foi entregue ao CNS no
1043 mês de março de 2014 e encaminhado aos conselheiros nesse mesmo mês. No mês de junho,
1044 a COFIN apresentou ao CNS análise preliminar sobre os aspectos orçamentários e financeiros
1045 do Relatório. Como encaminhamento, o Plenário decidiu que as comissões analisariam o
1046 documento de acordo com as áreas afins até o mês de julho. Todavia, no período definido, as
1047 comissões não concluíram as análises e foi definido prazo maior para essa avaliação (até o
1048 mês de outubro). Disse que algumas comissões encaminharam as análises do RAG -
1049 CIRH/CNS, CIAN/CNS, CIADAIDS/CNS, CISS/CNS – e solicitou que as demais comissões
1050 priorizem nas suas pautas de debate a análise das metas qualitativas e quantitativas do RAG.
1051 **PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA 2015** - Apresentação: Subsecretário de Planejamento e
1052 Orçamento/SPO/SE/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo.** Inicialmente, conselheiro **Ronald**
1053 **Ferreira dos Santos** explicou que a proposta de PLOA 2015 foi enviada ao Congresso
1054 Nacional e não passou por análise prévia da COFIN, por uma série de dificuldades. Disse que
1055 a proposta seria apresentada ao CNS e as possíveis interlocuções feitas no Congresso
1056 Nacional. Desse modo, sugeriu que as Comissões incluam na pauta a apreciação e análise da
1057 proposta. Feitas essas considerações, o Subsecretário de Planejamento e
1058 Orçamento/SPO/SE/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, apresentou a Proposta Orçamentária
1059 2015. Inicialmente, explicou que o Ministério da Saúde pode receber propostas de adequações
1060 à Proposta 2015 e fazer articulação com o relator para ajustes. Disse que foi distribuído aos
1061 conselheiros material com detalhamento da Proposta Orçamentária 2015 encaminhada ao
1062 Congresso Nacional no dia 28 de agosto de 2014. Dada a amplitude, apresentou uma síntese
1063 dos principais pontos do orçamento. Começou explicando que a proposta orçamentária para o
1064 exercício 2015 adota os seguintes parâmetros macroeconômicos: a) PIB: Variação % anual -
1065 2013: 2,5; 2014: 1,8; 2015: 3,0. Projeção: 3. b) IPCA: Variação % acumulada no ano: 2013: 5,9;
1066 2014: 6,2; 2015: 5,0; Projeção: 5,0. c) Taxa de Câmbio R\$/US\$: média anual: 2013: 2,2; 2014:
1067 2,3; 2015: 2,5; Projeção: 2,5. d) Taxa SELIC (% ao ano): média anual: 2013: 8,2; 2014: 10,9;
1068 2015: 10,7; Projeção: 10,9. Considerando essas projeções, a previsão é a seguinte:
1069 Empenhado em 2014 (estimativo): R\$ 91.614,7; Variação Nominal do PIB 2014: 8,32% - R\$
1070 7.622,3 (crescimento); Piso para 2015 (A + B): R\$ 99.237,0; Pessoal (ativo; benefícios;
1071 sentenças/precatórios): R\$ 10.415,9; Outros Custeiros e Capital: R\$ 88.821,1. Destacou que a
1072 proposta orçamentária 2015, encaminhada ao Congresso nacional, é de R\$ 109,2 bilhões,
1073 sendo (Ações de Serviços Públicos de Saúde): Pessoal Ativo: R\$ 9.863.323.821; Benefícios:

1074 R\$ 538.049.864; PAC: R\$ 850.630.000; Sentenças: R\$ 126.807.220; OCC: R\$ 88.065.073.173;
1075 e subtotal (EC nº. 29): R\$ 99.443.884.078. Também detalhou os recursos programados das
1076 despesas com não ações e serviços públicos de saúde: pessoal ativo: R\$ 134.062.214; Inativo:
1077 R\$ 7.551.365.539; Benefícios: R\$ 408.152.220; PAC: R\$ 450.000.000; Sentenças: R\$
1078 4.780.314; Dívida: R\$ 52.136.000; OCC: R\$ 1.184.226.178; Total: R\$ 9.784.722.465. Explicou
1079 que ao valor total da proposta orçamentária 2015 (R\$ 109 bilhões), encaminhada ao
1080 Congresso Nacional, devem ser acrescidos mais R\$ 6 bilhões relativos a emendas
1081 parlamentares. Nesse ponto, reiterou que na elaboração da proposta o MS considerou a
1082 Resolução do CNS nº. 495/2014. Seguindo, apresentou o detalhamento das despesas por
1083 ação, com destaque para os seguintes itens: 1) Programa Saúde da Família - situação e metas
1084 físicas: a) Agentes Comunitários de Saúde: junho de 2014: 260.270; projeção/dezembro de
1085 2014: 262.169; meta física 2015: 1.831; situação dezembro 2015: 264.000. b) Equipes de
1086 Saúde da Família - junho de 2014: 24.009; projeção/dezembro de 2014: 27.213; meta física
1087 2015: 431; situação dezembro 2015: 27.644. c) Equipes de Saúde da Família - Mais Médicos:
1088 junho de 2014: 13.055; projeção/dezembro de 2014: 16.000; meta física 2015: 1.000; situação
1089 dezembro 2015: 17.000. d) Equipes de Saúde Bucal - junho de 2014: 23.619;
1090 projeção/dezembro de 2014: 24.000; meta física 2015: 400; situação dezembro 2015: 24.400.
1091 e) Programa mais Médicos: projeção/dezembro de 2014: 14.400; situação dezembro 2015:
1092 14.400. Para custear esses itens, detalhou que a projeção orçamentária é a seguinte: Agentes
1093 Comunitários de Saúde: 2014: R\$ 2.890.000.000; e 2015: R\$ 3.581.000.000; Equipes de
1094 Saúde da Família: 2014: R\$ 2.791.500.000/ e 2015: R\$ 2.724.000.000; Equipes de Saúde da
1095 Família - Mais Médicos: 2014: R\$ 480.000.000; 2015: R\$ 788.000.000; Equipes de Saúde
1096 Bucal: 2014: 625.000.000; e 2015: R\$ 792.000.000; Programa mais Médicos: 2014:
1097 1.510.000.000; e 2015: R\$ 2.200.000.000. Em relação ao Piso de Atenção Básica - Fixo: Pab-
1098 Fixo (R\$ 436,9 milhões/mês) - LOA 2014: R\$ 5.000.000.000; Metas financeiras: R\$
1099 5.243.000.000; Requalificação UBS – LOA 2014: R\$ 287.000.000; Metas financeiras: R\$
1100 141.000.000; Total previsto: R\$ 5.384.000.000. Explicou que o Programa Saúde da Família
1101 terá crescimento de 16% em 2015 em comparação a 2014; Assistência Farmacêutica Básica,
1102 crescimento de 14,8%; PAB Fixo, 4,77%; Subtotal – Atenção Básica: 12,8%. Por outro lado, a
1103 projeção de crescimento do MAC é de 9,29 em 2015 em comparação a 2014; e a participação
1104 da Atenção Básica na MAC vai de 47% em 2014 para 48,8 em 2015. Em seguida, destacou os
1105 valores previstos para os seguintes itens em 2015 (cada item possui ações com metas e
1106 valores): a) Rede Cegonha: R\$ 1.081.000.000; b) Rede Viver sem Limites: R\$ 519.000.000; c)
1107 Imunobiológicos: R\$ 2.650.000.000; d) Insumos Estratégicos: 220.000.000; e) Farmácia
1108 Popular: 2.778.000.000; f) Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica: R\$
1109 86.000.000; g) Medicamentos AIDS: R\$ 980.000.000 (A programação orçamentária 2015
1110 contempla os recursos necessários para aquisição e distribuição dos medicamentos de modo a
1111 atender o disposto na Portaria/SVS nº 27, de 29/11/2013. Pacientes em tratamento: dez/2013 –
1112 280 mil, dez/2014 – 350 mil e dez/2015 – 500 mil); h) Sangue: R\$ 620.000.000 (O tratamento
1113 preconizado pela Organização Mundial de Saúde corresponde a 35 milhões de U.I./mês de
1114 Fator VIII no Brasil. Com a dotação orçamentária de 2015, o País chegará a 25 milhões de
1115 U.I./mês); e i) FUNASA - PAC 2: R\$ 450.000.000 (recurso necessário para cumprir as obras em
1116 andamento nos municípios de até 50 mil hab). **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**
1117 manifestou satisfação por participar do debate desse tema que se relaciona com a melhoria da
1118 qualidade de saúde da população. No que se refere à atenção básica, perguntou por que
1119 houve diminuição dos recursos destinados à atenção domiciliar. Também questionou os
1120 motivos da diminuição do orçamento destinado ao CNS (menos R\$ 300 mil). Ainda na atenção
1121 básica, manifestou satisfação com o investimento para novas estruturas. Por fim, fez um
1122 destaque ao orçamento da FUNASA (R\$ 1 bi), considerando que o valor é alto e os resultados
1123 das ações ainda está aquém do desejável - acesso à água de qualidade, coleta e tratamento
1124 de esgoto. Perguntou quais são os critérios de prioridade na definição do orçamento da
1125 Fundação e frisou que é preciso qualificar os investimentos dessa unidade. Sobre os Restos a
1126 Pagar, perguntou como é tratado na definição do orçamento. Conselheiro **Jorge Alves de**
1127 **Almeida Venâncio** manifestou preocupação com a possibilidade de cortes no orçamento por
1128 conta da variação do PIB. Salientou que a previsão é de R\$ 91,6 milhões em 2014 para Ações
1129 e Serviços Públicos de Saúde e o orçamento autorizado é de R\$ 89,4 mi, o que aponta a
1130 necessidade de suplementação de, no mínimo, de R\$ 2,2 mi. Nesse sentido, perguntou se é
1131 realista a possibilidade de acréscimo de R\$ 3 bilhões no orçamento 2014. Solicitou maiores
1132 esclarecimentos sobre a previsão de recursos para recuperação ambiental da chamada
1133 “Cidade dos Meninos” (R\$ 45 milhões). Por fim, manifestou preocupação com a redução da

1134 verba do CNS (menos 8,5%) e perguntou os motivos desse corte. Conselheiro **Marco Antônio**
1135 **Castilho Carneiro** chamou a atenção para a complexidade do debate sobre a proposta
1136 orçamentária e manifestou preocupação com a redução do orçamento do controle social, do
1137 Programa Viver sem Limites (ações relacionadas ao atendimento da pessoa com deficiência –
1138 corte de R\$ 132,4 mil) e dos CEOS (menos R\$ 20 milhões). Também solicitou maiores
1139 esclarecimentos sobre o item demais despesas no que se refere ao Programa Saúde da
1140 Família. Por fim, lembrou que a Resolução do CNS nº. 495/2014, utilizada como referência na
1141 elaboração da proposta orçamentária, não foi homologada, portanto, perguntou o impacto no
1142 orçamento no que diz respeito ao aspecto legal. Conselheiro **Willen Heil e Silva** perguntou
1143 sobre o impacto dos recursos oriundos do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos
1144 privados de saúde no orçamento 2015, haja vista a necessidade de mais recursos para a
1145 saúde. Também manifestou preocupação com a diminuição dos recursos destinados às ações
1146 relativas às práticas integrativas, lembrando tratar-se de uma política importante, aprovada em
1147 conferência de saúde, que, inclusive, reduz gastos com medicamentos, procedimentos,
1148 internações. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** reiterou a preocupação com o corte no
1149 orçamento do controle social e salientou a importância de contemplar os recursos oriundos do
1150 ressarcimento ao SUS no orçamento da saúde. **Retorno da mesa.** O Subsecretário de
1151 Planejamento e Orçamento/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, iniciou salientando que o
1152 orçamento não precisa ser, necessariamente, um indexador de um ano em relação a outro,
1153 pois se considera a realidade. Sobre a atenção domiciliar, explicou que os valores estão
1154 compatíveis com a execução realizada até o mês de junho de 2014. Em relação ao CNS, disse
1155 que foi acatado o valor apresentado pela Secretaria Executiva do CNS, portanto, não houve
1156 corte de recurso. Explicou que os Restos a Pagar não compõem a proposta orçamentária,
1157 tratando-se de um item de execução do orçamento, por isso, não fez menção. Explicou que a
1158 estimativa é empenhar R\$ 91,6 milhões em 2014 para Ações e Serviços Públicos de Saúde
1159 para cumprir a EC nº 29 e o valor de R\$ 89,4 é o previsto no PLOA 2015. Acrescentou que
1160 nesse montante não foi contemplado o valor relativo às emendas parlamentares. Também
1161 esclareceu que o MS recebeu demanda judicial para retirar as famílias da Cidade dos Meninos,
1162 no Rio de Janeiro, e tratar a área que está contaminada. Por isso, foi alocado recurso na SVS
1163 para esse fim. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** perguntou se o MS fará ação
1164 regressiva contra os responsáveis pela contaminação do terreno. O Subsecretário de
1165 Planejamento e Orçamento/MS explicou que o MS fará o tratamento da área e o cuidado das
1166 pessoas que moram no local. Todavia, comprometeu-se a verificar essa questão no âmbito do
1167 Poder Executivo. Sobre o Programa Viver sem Limites, explicou que há metas definidas que
1168 estão sendo trabalhadas desde 2011 e em 2013 e 2014 houve avanço nas ações. Portanto, o
1169 valor orçado precisa ser trabalhado considerando o contexto para essas ações, pois há
1170 recursos previstos em vários itens. Lembrou, inclusive, que o orçamento foi debatido com a
1171 área técnica da Secretaria de Atenção à Saúde, buscando alcançar o montante previsto para
1172 desembolso da ação em 2015. Frisou que todas as ações do MS previstas na proposta
1173 orçamentária estão compatíveis com as despesas orçamentárias do final de 2014. Sobre o
1174 ressarcimento ao SUS, explicou que a ANS arrecada os recursos e repassa ao MS, este, por
1175 sua vez, utiliza como fonte no custeio das ações de média e alta complexidade (8585-MAC). A
1176 previsão para 2014 é de, aproximadamente, R\$ 120 milhões. Disse que o orçamento da
1177 FUNASA não teve crescimento maior para as ações de saneamento, porque a previsão é
1178 concluir, em 2015, as obras iniciadas em 2011/2012. Acrescentou que as demais despesas da
1179 FUNASA estão combatíveis com o orçamento aprovado para 2014. Por fim, disse que houve
1180 crescimento de R\$ 7 bi em 2014 para ações de serviços públicos de saúde e uma redução de
1181 R\$ 2 bi para R\$ 1,7 bi naquelas não consideradas ações de serviços públicos de saúde.
1182 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o orçamento do CNS de 2014 prevê
1183 recursos para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e, para 2015,
1184 foi assegurado orçamento específico para a realização da 15ª Conferência (R\$ 15 milhões).
1185 Sobre a Resolução do CNS não homologada que serviu de subsídio para elaboração do
1186 orçamento, lembrou que a Lei nº. 141 delega ao CNS a tarefa de deliberar sobre os critérios
1187 para definição de prioridades. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** avaliou que houve redução
1188 do orçamento do item relativo a medicamento para AIDS e hepatites virais (de 250 milhões
1189 para R\$ 180 milhões) e solicitou maiores esclarecimentos sobre a meta física 569 (refere-se
1190 aos estados e municípios que recebem recursos até 2015?). Explicou que a crítica do
1191 Movimento AIDS está relacionada à ampliação do acesso a medicamento e diminuição do
1192 recurso para assistência. Explicou que se trata da simples entrega de medicação, ou seja,
1193 testagem e tratamento, sem assistência, o que pode ser comprovado no orçamento. Ressaltou

que essa é uma questão grave e precisa ser debatida. Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** perguntou sobre o aumento da população atendida no que se refere aos medicamentos para AIDS – o MS está alcançando mais pessoas infectadas ou o número de pessoas infectadas está aumentando por falta de ações preventivas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** solicitou maiores esclarecimentos sobre a ausência de metas para a ação “ambiência maternidade” da Rede Cegonha e para os Núcleos de Apoio à Saúde Família. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** também solicitou esclarecimentos sobre a ação relativa a Unidades Móveis Odontológicas porque apresentam incremento financeiro e meta física zero (sem previsão de novas unidades). Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** manifestou insatisfação com a lógica adotada pelo MS na elaboração do orçamento que não prioriza a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Nessa linha, lamentou a falta de previsão de recurso para investir nas ações relativas às práticas integrativas e complementares de saúde. Conselheiro **José Eri de Medeiros** lamentou o valor do aumento previsto para o PAB Fixo em 2015 (apenas de R\$ 1,00) e ressaltou que o CNS deveria ter debatido com o MS as prioridades do orçamento e as mudanças estruturais necessárias. Manifestou preocupação com a diminuição dos recursos para urgência e emergência e traumatologia e ortopedia e frisou que o Conselho não deve discutir apenas números, mas sim as prioridades desejáveis para o SUS. Conselheira **Marisa Furia Silva** destacou o item Rede Viver sem Limites para salientar a redução do orçamento destinado à ação ampliação de CER (de R\$ 5.150.000, em 2014 para R\$ 5.000.000, em 2015) quando a proposta do Ministério é ampliar o atendimento. Também manifestou preocupação com a falta de previsão de continuidade do Programa Viver sem Limites. Por fim, solicitou que a SPO apresente detalhamento das ações do Programa Viver sem Limites para análise na Comissão Intersetorial da Pessoa com Deficiência. Conselheira **Sandra Regis** destacou que, após breve análise a proposta, observou aumento de recursos para as ações de saúde mental (R\$ 300 milhões), o que é um avanço apesar de não ser ainda o suficiente para modificar a lógica. De todo modo, disse que a proposta seria debatida em detalhe na CISM. Perguntou se está previsto investimento na atenção hospitalar para todo o país ou apenas para as unidades do Rio de Janeiro. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** perguntou se haverá continuidade do Plano Viver sem Limites (II), lembrando, inclusive, que essa ação envolve várias áreas e outros ministérios. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre o planejamento/orçamento para os hospitais de emergência do Rio de Janeiro, lembrando que, em muitos casos, a referência é da UPA para o hospital de emergência. Conselheiro **Eni Carajá Filho** manifestou preocupação com o uso de recursos da área da saúde em ações de saneamento com a justificativa de apoio a pequenas comunidades e destacou que, em Minas Gerais, isso ocorre em grandes municípios. Disse que o CNS deve debater o tema e definir entendimento a respeito. Conselheira **Maria Zenó Soares da Silva** perguntou os motivos da diminuição de recursos para a ação relativa ao apoio a pessoas com imunoglobulinopatias e também perguntou quis saber os motivos de não estar previsto orçamento para penicilina. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o CNS está desempenhando o exercício de analisar a proposta orçamentária 2015. Como encaminhamento, sugeriu à equipe técnica de planejamento do MS que apresente, no mês de novembro, uma proposta com definições de prioridades e projeção de distribuição de recursos para 2015 caso as propostas de mais recursos para a saúde, em tramitação no Congresso Nacional, sejam aprovadas (PEC 359/13 – 13,2% das correntes líquidas/ano; e PEC 321/2013 – 15% das correntes líquidas/ano). Conselheiro **Clóvis Boufleur** reiterou a proposta de solicitar ao MS que apresente proposta com adicional de recurso e defendeu que 50% do recurso adicional seja direcionado para aumentar o PAB dos municípios. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado**, considerando que o orçamento 2015 está aquém do necessário, defendeu que a proposta seja debatida com mais profundidade. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a intenção é ampliar o debate da LOA 2015, inclusive nas comissões. **Retorno da mesa.** O Subsecretário **Arionaldo Bomfim Rosendo** respondeu aos questionamentos dos conselheiros. Em seguida, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação:** o Plenário definiu que as comissões que se reunirem no mês de outubro deverão apresentar considerações/análises sobre a LOA 2015 para subsidiar a COFIN na elaboração de nota técnica sobre a proposta orçamentária. No caso das comissões que não se reunirem nesse mês, os coordenadores deverão mobilizar os integrantes, por meio eletrônico, para que apresentem considerações a respeito da proposta. Além disso, o Plenário solicitou à equipe técnica de planejamento do MS que apresente, no mês de novembro, uma proposta com definições de prioridades e projeção de distribuição de recursos caso as propostas de mais recursos para a saúde sejam aprovadas (PEC

1254 **359/13 – 13,2% e PEC 321/2013 – 15%.** Com essa deliberação, a mesa encerrou o primeiro
1255 dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Abrahão Nunes da**
1256 **Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério
1257 da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Ana Paula**
1258 **Menezes**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde;
1259 **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo**
1260 **Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**,
1261 Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos
1262 Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União Nacional das Instituições de
1263 Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de
1264 Fonoaudiologia –CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas
1265 da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas
1266 Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de
1267 Odontologia – CFO; **Geordecí M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Rodrigues**
1268 **Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida**
1269 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Maria do Espírito Santo**
1270 **Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
1271 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
1272 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
1273 Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de
1274 Pessoas com Doenças Faciformes - FENAFAL; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
1275 Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson**
1276 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Pedro de Carvalho Pontual**,
1277 Secretaria Geral da Presidência República; **Renato Almeida de Barros**, Confederação
1278 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**,
1279 Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de
1280 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); e **Verônica**
1281 **Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL. **Suplentes** – **Adriano Macedo Félix**,
1282 Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alexandre Frederico**
1283 **de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);
1284 **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **Ana Valéria Machado Mendonça**,
1285 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Andréa Karolina Bento**, Associação
1286 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde;
1287 **Aparecida Linhares Pimenta**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de
1288 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação
1289 Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de
1290 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior
1291 Públicas do Brasil - FASUBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de
1292 Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional
1293 de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo**
1294 **Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**,
1295 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José João Lanceiro**
1296 **de Palma**, Ministério da Saúde; **Juneia Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores –
1297 CUT; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas
1298 de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal
1299 de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1300 Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
1301 Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional
1302 de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS; **Marcelo Pires de Mendonça**,
1303 Secretaria Geral da Presidência República; **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede
1304 Unida; **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi –
1305 FENASP; **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados
1306 do Brasil (FARBRA); **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do
1307 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina
1308 Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde
1309 e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Paulo de Tarso Ribeiro de**
1310 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de
1311 Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
1312 Criança; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores
1313 – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

(COFFITO). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta (inversão de pauta). **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH** - Apresentação: conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador-adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O coordenador-adjunto da CIRH dividiu a apresentação em dois momentos: informes e apresentação dos pareceres. Em relação aos informes, lembrou que o CNS compõe a Coordenação Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino e Saúde – COAP, o que representa um avanço para o controle social e contribuiu para o avanço da política pública brasileira de ensino e saúde. Detalhou que as representantes na Comissão são: Ivone Evangelista Cabral e Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos. Também fez um informe sobre o processo de seleção e avaliação dos municípios para receber cursos de Medicina ofertados por instituições privadas. Disse que esse processo iniciou-se em 2013, com o Edital nº. 03/2013, primeira chamada pública de pré-seleção de municípios para implantação de cursos de graduação em Medicina por instituição de educação superior privada. Detalhou que as inscrições foram feitas pelo gestor municipal, por meio do módulo PAR/Programa Mais Médicos do SIMEC, além de documentação física enviada para a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior -SERES pelo correio. Detalhou que a pré-seleção de municípios compreendeu as seguintes etapas, de caráter eliminatório: 1^a) Análise da relevância e necessidade social da oferta de curso no município. O município teve que atender, obrigatoriamente, aos seguintes critérios: a) ter 70 mil ou mais habitantes, conforme dados do IBGE(Censo); b) não se constituir capital do Estado; c) não possuir oferta de curso de Medicina em seu território; 2^a) Análise da estrutura de equipamentos públicos e programas de saúde existentes no município, segundo dados do Ministério da Saúde: a) número de leitos SUS disponíveis por aluno maior ou igual a cinco; b) número de alunos por equipe de atenção básica menor ou igual a três; c) existência de leitos de urgência e emergência ou Pronto Socorro; d) existência de pelo menos três programas de residência médica (entre as especialidades prioritárias -clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria e medicina de família e comunidade); e) adesão pelo município ao PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e de Qualidade na Atenção Básica, do MS; f) existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); g) Hospital de ensino ou unidade hospitalar com potencial para hospital de ensino; h) Existência de hospital com mais de 100 leitos exclusivos para o curso; e 3^a) Análise do projeto de melhoria da estrutura de equipamentos públicos e programa de saúde no município. Explicou que 205 municípios acessaram o SIMEC; 154 municípios encaminharam documentação para análise; 49 municípios foram pré-selecionados (Portaria nº 731 de 19.12.2013); e 48 municípios receberam visita da comissão de especialistas do MEC (16 com representantes do CNS). Disse que os resultados das avaliações dos 39 municípios aptos (o controle social participou por meio do CNS e dos conselhos estaduais e municipais): 7 municípios necessitam de ajustes em sua rede pública para adequação aos requisitos previstos no Edital nº 03/2013 – prazo de até seis meses para solicitar nova análise; e 3 municípios receberam autorização para implantação de curso de medicina no decorrer do Edital. Detalhou a agenda de trabalho nesse processo: janeiro a agosto de 2014 – visitas *in loco* para avaliação dos municípios pré-selecionados; 27 de agosto de 2014 – reunião extraordinária da CIRH/CNS com a SERES/MEC para entrega do relatório com a consolidação dos pareceres dos conselheiros que acompanharam as visitas; 4 de setembro de 2014 – audiência pública (MS e MEC) para apresentação dos resultados das avaliações *in loco*; e 10 de setembro de 2014 – audiência Pública (MS e MEC) para apresentação da próxima etapa: seleção das IES privadas para receber os cursos de medicina nos municípios selecionados. Detalhou a pauta da audiência pública entre MEC e MS, realizada no dia 10 de setembro, com a participação de representantes das instituições privadas: 1) breve relato sobre a etapa de avaliações dos municípios; 2) anúncio da próxima etapa – seleção das IES privadas. Desenvolvida sob três eixos: a) avaliação da IES Mantenedora; b) credenciamento e avaliação de IES Mantida; e c) Projeto do Curso; 3) apresentação de critérios básicos para o edital se seleção das IES; e 4) apresentação das etapas da seleção: a) análise das condições de participação (eliminatória); b) habilitação e classificação da mantenedora (qualificação econômico-financeira e experiências regulatórias da mantenedora e da mantida); e c) análise e classificação das propostas (análise substancial do Projeto de Curso). Além disso, na audiência foi apresentada proposta para o Cronograma: 18.09.2014 - lançamento do edital e abertura de inscrições; 03.10.2014 - encerramento das inscrições; 12.12.2014 - resultado final das seleções. Além disso, foi feito anúncio de previsão do lançamento de um novo edital para a pré-seleção de novos municípios. O representante do

1374 MS, Alex, acrescentou que as principais críticas foram relativas à política de indução e ao
1375 prazo para apresentação das propostas pelas IES. Conselheiro **Alexandre Medeiros de**
1376 **Figueiredo**, coordenador-adjunto da CIRH, explicou que o CNS poderá participar com
1377 representantes nas comissões responsáveis por analisar as propostas das IES. Todavia, disse
1378 que esse trabalho é árduo e será feito no MEC, pois os documentos não podem ser retirados
1379 daquele Ministério. Além disso, o Conselho pode enviar sugestões para o segundo edital de
1380 seleção de novos municípios. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** cumprimentou a CIRH pelo
1381 trabalho e salientou que o reconhecimento do trabalho, pelo MEC, é resultado do esforço
1382 envidado. Feito esse informe, passou à explanação dos pareceres, com leitura da parte final
1383 do relatório, considerando que os documentos foram enviados com antecedência aos
1384 conselheiros. Iniciou apresentando os pareceres satisfatórios com recomendações. **1) Referência:** Processo nº 201357954. **Interessado:** Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
1385 - Recife/PE. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia – Bacharelado. **Parecer final:**
1386 satisfatório com recomendações ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade
1387 Pernambucana de Saúde - FPS, no Município de Recife/PE, com base em análise da
1388 Resolução CNS nº. 350/2005. Para os próximos ciclos avaliativos, a IES deve atender os
1389 seguintes pontos: a) apresentação de modo explícito e formalmente documentado do
1390 compromisso dos gestores do SUS com o desenvolvimento das ações e atividades de ensino,
1391 pesquisa e extensão do curso; b) descrição do plano de distribuição dos estudantes física e
1392 numericamente nos campos de prática da rede do SUS, com a respectiva capacidade de
1393 absorção, de orientação e supervisão docente/aluno. **2) Referência:** Processo nº 201356805.
1394 **Interessado:** Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ (RJ). **Curso:**
1395 Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer final:** satisfatório com recomendações ao
1396 reconhecimento do curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro,
1397 localizada no município de Seropédica/RJ, com base na Resolução CNS nº. 350/2005. Para os
1398 próximos ciclos avaliativos, a IES deve atender os seguintes pontos: apresentação de Termo
1399 de Cooperação/convênio com a rede de saúde mental instalada no Município sede do Curso
1400 (Seropédica), de modo a contribuir para o desenvolvimento social daquele município; inserção
1401 dos alunos em atividades de extensão e pesquisa na comunidade desde o primeiro ano do
1402 curso, bem como a sua inserção nos cenários de prática, para o desenvolvimento de
1403 competências e habilidades necessárias à prática profissional no SUS; descrição da
1404 capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de
1405 prática da clínica-escola, na rede SUS do Município de Paracambi (conveniada) e no próprio
1406 município sede; melhorias na infraestrutura do Serviço de Psicologia Aplicada da IES de modo
1407 a assegurar a acessibilidade de todas as pessoas com dificuldade de mobilidade; melhorias
1408 estruturais que favoreçam o uso das tecnologias de informação e de comunicação e do acesso
1409 a internet; descrição de conteúdos das disciplinas de “Antropologia Social”, “Psicologia Social”
1410 e “Psicologia e Educação inclusiva” articulando-as com a Educação das Relações Étnico-
1411 Raciais e da Cultura Afro-Brasileira, Africana e Indígena; inclusão no PPC da disciplina de
1412 LIBRAS como opção para os estudantes; inclusão no PPC de atividades/disciplina de extensão
1413 em cumprimento ao Plano Nacional de Extensão Universitária, um compromisso das
1414 universidades públicas brasileiras firmado no Fórum de Pró-Reitores de Extensão das
1415 Universidades Públicas Brasileiras (2001), que incluiu a participação da UFRRJ e Descrição de
1416 desenvolvimento de atividades de pesquisa, no PPC, não restringindo-as somente ao trabalho
1417 de conclusão de curso. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** salientou que é preciso garantir
1418 todos os itens de acessibilidade na IES e não apenas aqueles relativos à mobilidade.
1419 Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador-adjunto da CIRH, explicou que
1420 a instituição deve garantir todos os aspectos da acessibilidade, portanto, sugeriu citar a
1421 Resolução que trata da acessibilidade. **3) Referência:** Processo nº 201357590. **Interessado:**
1422 Faculdades Pitágoras de São Luiz – FPSL/ São Luís (MA). **Curso:** Reconhecimento do curso
1423 de Psicologia – Bacharelado. **Parecer final:** satisfatório com recomendações ao
1424 reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade Pitágoras de São Luiz - FPSL, no
1425 Município de São Luiz (MA), com base em análise à luz da Resolução CNS nº. 350/2005, com
1426 as seguintes recomendações para os próximos ciclos avaliativos: a) que a IES apresente
1427 Termos de Convênio/Compromisso formalmente firmados com os gestores de saúde, para
1428 assegurar a utilização dos campos de prática na rede do SUS; b) que descreva os campos de
1429 prática e a capacidade de atendimento à disposição dos alunos, física e numericamente, nos
1430 cenários de prática da rede SUS garantidos por meio de convênio, conforme determina a
1431 Resolução nº 350/2005 e Parágrafo Único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; c) que explice o
1432 planejamento/programa de inserção dos estudantes nos cenários de prática na rede do SUS,

1434 desde o início do curso, conforme determina a Resolução CNS nº 350/2005; e d) que amplie e
1435 qualifique o corpo docente para a utilização dos cenários da rede CAPS existente na região e
1436 também, para a realização de atividades de extensão e pesquisa na área da saúde loco
1437 regional, aprimorando o curso de Psicologia e contribuindo para um aumento nos indicadores
1438 avaliativos e conceituais da Faculdade Pitágoras de São Luiz – MA. **4) Referência:** Processo
1439 nº 201357892. **Interessado:** Faculdades Pequeno Príncipe – FPP/Curitiba (PR). **Curso:**
1440 Reconhecimento do curso de Psicologia – Bacharelado. **Parecer final:** satisfatório com
1441 recomendações ao reconhecimento do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe -
1442 FPP, no Município de Curitiba (PR), com base na Resolução CNS nº. 350/2005. Recomenda-
1443 se para o próximo ciclo avaliativo: a) que a IES apresente, como anexos ao Processo, os
1444 Termos de Convênios firmados com os órgãos públicos de saúde e demais entidades
1445 mencionados no PPC; b) que explice como ocorre a inserção dos estudantes na rede do SUS,
1446 desde o início do curso, conforme determina a Resolução CNS nº 350/2005; c) que descreva
1447 os campos de prática e a capacidade de atendimento à disposição dos alunos, física e
1448 numericamente, nos cenários de prática da rede SUS conveniada, conforme determina a
1449 Resolução nº 350/2005 e Parágrafo Único do Artigo 27 da Lei nº. 8.080/90. O coordenador
1450 adjunto da CIRH explicou que é exigido da faculdade de psicologia uma clínica-escola dentro
1451 da instituição de ensino, assim, a maioria dos cursos de psicologia investe em clínica-escola
1452 não integrada ao SUS. Desse modo, a CIRH apresenta parecer favorável com recomendações,
1453 apontando a necessidade de integração com o SUS. Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão**
1454 explicou que as clínicas-escolas ou serviços-escolas dos cursos de psicologia não precisam,
1455 necessariamente, estar dentro das IES. Lembrou, inclusive, que em alguns locais a clínica-
1456 escola é o único lugar de acesso ao atendimento clínico psicológico e essa questão precisa ser
1457 considerada. Destacou que as diretrizes apontam para formação em saúde, mas não
1458 necessariamente para o SUS. O coordenador adjunto da CIRH explicou que o problema refere-
1459 se a não integração com o SUS. Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão** explicou que existe
1460 cartografia de todas as profissões da área da saúde e sua intersecção para a
1461 interdisciplinaridade. Com isso, será possível promover modificações nas diretrizes curriculares
1462 dos cursos de Psicologia e nos demais cursos da saúde. O coordenador adjunto da CIRH
1463 explicou que a iniciativa é de conhecimento da CIRH e o MS realizará encontro com as
1464 associações de ensino da área de saúde para debate de forma integrada sobre a
1465 interdisciplinaridade das profissões da saúde. Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão** destacou
1466 que uma das diretrizes do curso de Psicologia é “atenção à saúde – os profissionais devem
1467 estar aptos desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção, reabilitação da saúde
1468 psicológica e psicosocial (...”). **5) Referência:** Processo nº 201358087. **Interessado:**
1469 Faculdade da Serra Gaúcha- FSG/Caxias do Sul/RS. **Curso:** Reconhecimento do curso de
1470 Odontologia. **Parecer Final:** Com base na descritiva e nos fundamentos acima, o parecer é
1471 satisfatório com recomendações ao reconhecimento do curso de Odontologia da Faculdade da
1472 Serra Gaúcha - FSG, no Município de Caxias do Sul, para que nos próximos ciclos avaliativos
1473 a IES atenda aos seguintes pontos de destaque: a) apresente Termos de
1474 Convênio/Compromisso entre a IES e os Órgãos governamentais citados como campos de
1475 prática na rede de saúde do SUS; b) que comprove a inserção dos estudantes nos cenários de
1476 prática desde o primeiro ano do curso; b) que descreva o modo de inserção do aluno, desde o
1477 início do curso, na comunidade; c) que apresente a distribuição dos alunos nos cenários de
1478 prática por campo e relação docente/preceptoria, particularmente na rede SUS; d) que
1479 apresente comprovação de homologação do CEP pela CONEP. Conselheiro **Dalmare**
1480 **Anderson Bezerra de Oliveira Sá** avaliou que os pareceres deveriam fazer referência à
1481 necessidade de inserção/formação em equipe multiprofissional. O coordenador-adjunto da
1482 CIRH explicou que todos os aspectos da Resolução nº. 350 são considerados, todavia,
1483 destacou tratar-se de um ponto importante a ser acrescentado, caso não estivesse
1484 contemplado. **6) Referência:** Processo Nº 201357509. **Interessado:** Faculdade Cenecista de
1485 Osório – FACOS. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer final:** satisfatório
1486 com recomendações ao reconhecimento do curso de Psicologia da Universidade Federal Rural
1487 do Rio de Janeiro, localizada no município de Osório/RS, com base na Resolução CNS Nº.
1488 350/2005, para que nos próximos ciclos avaliativos a IES atenda os seguintes pontos de
1489 destaque: a) apresentação de Termo de Cooperação/convênio com a rede de saúde mental
1490 instalada no Município de Osório, de modo a contribuir para o desenvolvimento social daquele
1491 município; b) inserção dos alunos em atividades na comunidade desde o primeiro ano do
1492 curso, bem como a sua inserção nos cenários de prática, para o desenvolvimento de
1493 competências e habilidades necessárias à prática profissional no SUS; c) descrição da

1494 capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de
1495 prática da clínica-escola (SPA) e na rede SUS do Município; d) ampliação do número de
1496 professores contratados em regime de tempo parcial e integral para que seja assegurado o
1497 atendimento ao quantitativo de aluno (vaga) em sala de aula e em campos de prática e de
1498 estágio supervisionado. **7) Referência:** Processo nº 201117144. **Interessado:** Faculdade de
1499 Medicina de Itajubá – FMIIt/Itajubá/MG. **Curso:** Renovação de Reconhecimento de curso de
1500 Medicina. **Parecer Final:** Com base na descritiva e nos fundamentos, o parecer é satisfatório
1501 com recomendações à renovação de reconhecimento do curso de Medicina, no Município de
1502 Itajubá (MG) com base na Resolução CNS nº. 350/2005, recomendando-se, para os próximos
1503 ciclos avaliativos: a) que a IES desenvolva os estágios práticos dos alunos na rede de atenção
1504 básica de saúde, com supervisão docente e participação de preceptores da rede de atenção do
1505 SUS; b) que a IES busque maior integração com os serviços de saúde do SUS; c) que a IES
1506 reestruture sua carga horária, que se encontra excessivamente concentrada na parte teórica;
1507 d) que a IES contrate professores da área de medicina de família e comunidade para
1508 acompanhar os estudantes na atenção básica; e) que o PPC se adeque às atuais Diretrizes
1509 Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselheira **Francisca Rêgo**
1510 **Oliveira de Araújo** lembrou que as DCNs para os cursos da área da saúde preconizam a
1511 necessidade de integração ensino/serviço e comunidade desde o início do curso. Assim, o
1512 corpo docente deve estar preparado para garantir essa integração. Além disso, as diretrizes
1513 apontam para o trabalho em equipe, portanto, é preciso considerar esse aspecto na análise
1514 dos cursos. No mais, salientou que a Lei Nacional dos Estágios não é adequada aos cursos da
1515 saúde, o que aponta a necessidade de conversa com o MEC a esse respeito. Conselheiro
1516 **Gerdo Bezerra de Faria** explicou que o FENTAS debateu a metodologia de trabalho da CIRH
1517 e foram levantados aspectos importantes para debate, entre eles, os pontos determinantes
1518 para emissão de parecer insatisfatório, o que contribuiu para melhor entendimento. Na sua
1519 avaliação, os pareceres satisfatórios deveriam ser acompanhados de recomendações porque
1520 dificilmente seria apresentado processo perfeito. Todavia, disse que não comprehende a
1521 diferença entre parecer satisfatório ou satisfatório com recomendação, mas aprofundaria o
1522 debate para clarificar essa questão. Perguntou se os processos com pareceres satisfatórios
1523 com recomendações que não atenderem às recomendações no próximo ciclo avaliativo terão
1524 parecer insatisfatório ou será dada nova oportunidade. Conselheiro **Alexandre Medeiros de**
1525 **Figueiredo**, coordenador-adjunto da CIRH, explicou que na análise dos processos considera-
1526 se se houve recomendações no ciclo anterior e se foram consideradas mudanças. Não
1527 havendo modificações, o parecer é insatisfatório, com justificativas. Citou, por exemplo, o curso
1528 da Faculdade de Medicina de Itajubá – FMIIt/Itajubá que sofreu intervenção do MEC (com perda
1529 de vagas) e está em processo de melhoria. Portanto, o CNS decidiu apontar os aspectos que
1530 necessitam melhorar. Frisou que é feita avaliação detalhada, caso a caso, com base nos
1531 critérios da Resolução do CNS nº. 350. Destacou, inclusive, que a análise dos processos de
1532 autorização é mais criteriosa ainda. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**
1533 manifestou satisfação com o debate desse tema no FENTAS e ressaltou a importante de dar
1534 continuidade a essa discussão. Salientou que a CIRH, apesar dos esforços, ainda enfrenta
1535 dificuldades na análise dos processos porque os critérios de avaliação, por vezes, não
1536 conseguem resolver situações pontuais. Feitas essas considerações, a mesa colocou em
1537 apreciação os sete pareceres favoráveis com recomendações. **Deliberação: o Plenário**
1538 **aprovou os sete pareceres, apresentados pela CIRH, sete favoráveis com**
1539 **recomendações. 3 abstenções.** Em seguida, o coordenador-adjunto da CIRH apresentou os
1540 pareceres insatisfatórios. **1) Referência:** Processo Nº 201300266. **Interessado:** Faculdade
1541 Maurício de Nassau de Manaus. **Curso:** Autorização do curso de Psicologia. **Parecer Final:**
1542 insatisfatório à autorização do Curso de Psicologia da Faculdade Maurício de Nassau de
1543 Manaus, do Município de Manaus, considerando a Resolução CNS nº. 350/2005. **2) Referência:**
1544 Processo nº 201210421. **Interessado:** Universidade do CEUMA –
1545 UNICEUMA/Imperatriz/MA. **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Parecer Final:** com
1546 base na descritiva e nos fundamentos, o parecer é insatisfatório à autorização do curso de
1547 medicina da Universidade do CEUMA – UNICEUMA – Campus Imperatriz, do Município de
1548 Imperatriz (MA), com base na Resolução CNS nº. 350/2005. Justificativa: já existe curso de
1549 Medicina da UFMA, com 80 vagas, e a rede do município de Imperatriz não comporta dois
1550 cursos de Medicina. **3) Referência:** Processo nº 201357256. **Interessado:** Faculdade
1551 Meridional – Passo Fundo/RS. **Curso:** Reconhecimento do curso de Odontologia. **Parecer**
1552 **Final:** com base na descritiva, nos fundamentos e na Resolução CNS nº. 350/2005, o parecer
1553 é insatisfatório ao reconhecimento do curso de Odontologia da Faculdade Meridional - IMED,

1554 no Município de Passo Fundo/RS. Justificativa: a instituição de ensino não atendeu às
1555 recomendações do CNS feitas no primeiro ciclo avaliativo. Nesse ponto, conselheiro **Marco**
1556 **Antônio Castilho Carneiro** sugeriu incluir entre as justificativas do parecer insatisfatório que
1557 não foram cumpridas as recomendações feitas no primeiro ciclo avaliativo. O coordenador
1558 adjunto da CIRH explicou que esse ponto está contemplado. Conselheiro **Gerdo Bezerra de**
1559 **Faria** explicou que discorda de pareceres satisfatórios com recomendações por conta de
1560 situações como a da Faculdade Meridional, que, no primeiro ciclo, recebeu parecer satisfatório
1561 com recomendações e, no segundo ciclo, por não cumprir o indicado, recebe parecer
1562 insatisfatório, prejudicando os docentes. Conselheiro **Clóvis Boufleur** destacou que, no mês
1563 de julho de 2014, o MEC autorizou curso de Medicina na Faculdade Meridional, assim,
1564 estranhou o parecer insatisfatório ao curso de odontologia nessa mesma instituição.
1565 Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador-adjunto da CIRH, explicou que
1566 os critérios de avaliação do MEC e do CNS são diferentes e, no caso do curso de Medicina
1567 citado pelo conselheiro Clóvis Boufleur, o parecer do CNS foi favorável. Disse que o curso de
1568 odontologia recebeu parecer insatisfatório, mas os pontos apontados são sanáveis – termo de
1569 compromisso, maior integração com a rede SUS. Segundo, apresentou o último parecer
1570 insatisfatório. **4) Referência:** Processo nº 201357794. **Interessado:** Escola Superior de
1571 Criciúma – ESUCRI - Criciúma/SC. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia –
1572 Bacharelado. **Parecer final:** insatisfatório ao reconhecimento do curso de Psicologia da Escola
1573 Superior de Criciúma - ESUCRI, no Município de Criciúma/SC, autorizado pela Portaria MEC
1574 Nº 1242, em 11 de agosto de 2009, publicada no D.O.U., de 12 de agosto de 2009, com base
1575 na Resolução CNS Nº. 350/2005. Justificativas: ausência de termo de compromisso, não prevê
1576 planejamento coletivo, não foram atendidas as recomendações anteriores do CNS.
1577 **Deliberação: o Plenário aprovou os quatro insatisfatórios apresentados pela CIRH.** **4**
1578 **abstenções.** Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** retornou ao início da
1579 apresentação para perguntar se foi pensada, inicialmente, a expansão dos cursos de Medicina
1580 nos municípios citados via universidades públicas. Conselheiro **Alexandre Medeiros de**
1581 **Figueiredo** explicou que a expansão é definida pela SESU/MEC e está em andamento um
1582 plano de expansão no governo federal de 30 instituições de ensino (nos últimos dois anos,
1583 foram abertas 1.300 vagas em geral no interior do Nordeste e Norte). Conselheiro **Dalmare**
1584 **Anderson Bezerra de Oliveira Sá** perguntou qual a contrapartida do governo federal para
1585 expansão do ensino por meio das universidades privadas com bolsas de ensino, por exemplo.
1586 Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo** explicou que não se trata de indução do
1587 modelo privado, mas sim de regulação. Destacou que a proposta da Lei do Programa mais
1588 Médicos foi criar nova lógica, privilegiando a resposta às necessidades sociais, regulação de
1589 Estado, com indução de abertura de cursos em municípios prioritários. Conselheiro **Dalmare**
1590 **Anderson Bezerra de Oliveira Sá** cumprimentou a iniciativa por entender que contribuirá para
1591 a expansão dos cursos de saúde no país. Conselheiro **Willen Heil e Silva** interveio para propor
1592 que a CIRH elabore um roteiro para nortear os conselheiros que realizam visitas *in loco* e
1593 necessitam elaborar relatório. O coordenador adjunto da CIRH explicou que há material
1594 direcionado aos conselheiros que realizam visitas. Considerando que será publicado segundo
1595 editorial que poderá mudar o papel da CIRH nas visitas, disse que possivelmente será necessário
1596 adequar o material. Além disso, avaliou que será necessária conversa com os conselheiros
1597 para qualificar ainda mais as visitas. Conselheira **Maria Lucia Santos Pereira da Silva** disse
1598 que é preciso preparar os profissionais que serão formados para atender populações
1599 específicas e vulneráveis como população negra, população em situação de rua. Conselheira
1600 **Eurídice Ferreira de Almeida** explicou que participara de visitas e recebeu documento da
1601 CIRH que norteou esse processo. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** ressaltou que a
1602 responsabilidade de verificar a questão da acessibilidade nas instituições de ensino é do MEC,
1603 mas o CNS pode e deve dar a sua contribuição quando participar das visitas *in loco*. Destacou,
1604 inclusive, que muitos conselheiros podem contribuir nesse sentido. **Retorno da mesa.**
1605 Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador-adjunto da CIRH/CNS, explicou
1606 que o editorial não trata do perfil do profissional/egresso do curso de Medicina, mas esse tema foi
1607 tratado no debate das diretrizes dos novos cursos de Medicina. Salientou que o perfil do
1608 egresso do curso de Medicina deve contemplar todas as questões relacionadas aos princípios
1609 do SUS – equidade, em destaque. Disse que a intenção é garantir mais e melhores médicos
1610 para atender as necessidades de saúde da população brasileira como um todo,
1611 indistintamente. Acrescentou que as diretrizes dos novos cursos de Medicina foram
1612 homologadas e servirão de base para todos os cursos e está prevista avaliação a cada dois
1613 anos. Com esses esclarecimentos, a mesa encerrou a discussão do item agradecendo o

1614 coordenador-adjunto da CIRH/CNS. ITEM 6 – 15^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE –
1615 AVALIAÇÃO DA 18^a PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS E MOVIMENTOS SOCIAIS –
1616 SAÚDE NAS ELEIÇÕES - Apresentação: conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente
1617 do CNS. Coordenação: Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Mesa Diretora do CNS.
1618 Inicialmente, o coordenador da mesa informou que a avaliação da 18^a Plenária foi adiada para
1619 a reunião ordinária do mês de outubro porque o documento avaliativo está em processo de
1620 conclusão. Sobre a 15^a Conferência Nacional de Saúde – 15^a CNS, conselheira **Maria do**
1621 **Socorro de Souza** explicou que foi elaborada minuta de decreto de convocação da 15^a CNS e
1622 a intenção é garantir a assinatura ainda no mês de setembro de 2014. Também salientou que a
1623 estratégia sugerida pelo CNS para a 15^a tem recebido apoio por parte dos conselhos estaduais
1624 e municipais, da coordenação de plenária e de participantes de atividades do Conselho.
1625 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez a leitura da minuta do decreto de convocação cujo
1626 texto é o seguinte: “**DECRETO Nº XXX DE XXX DE AGOSTO DE 2014.** Convoca a 15^a
1627 Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. A PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no
1628 uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em
1629 vista o disposto no §1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **DECRETA:** Art. 1º Fica
1630 convocada a 15^a Conferência Nacional de Saúde, a realizar no período de 27 a 30 de
1631 novembro de 2015, em Brasília, Distrito Federal, com o tema: Saúde Pública de Qualidade
1632 para cuidar bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro. Art. 2º A 15^a Conferência Nacional de
1633 Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo
1634 Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário- Executivo
1635 do Ministério da Saúde. Art. 3º A 15^a Conferência Nacional de Saúde será realizada no período
1636 de agosto de 2014 a novembro de 2015 com objetivo de avaliar a saúde no Brasil, propor
1637 diretrizes para a elaboração dos instrumentos federais de planejamento e orçamento em
1638 saúde. Art. 4º A 15^a Conferência Nacional de Saúde compreenderá as seguintes etapas: -
1639 Avaliação Participativa da Saúde no Brasil; - Municipais e Estaduais; - Conferência Nacional de
1640 Saúde; e – Pós-Conferência Nacional – Monitoramento. Art. 5º O Regimento Interno da 15^a
1641 Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado
1642 mediante portaria do Ministro de Estado da Saúde. Art. 6º As despesas com a organização e
1643 realização da 15^a Conferência Nacional de Saúde correrão por conta de recursos
1644 orçamentários consignados ao Ministério da Saúde. Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data
1645 de sua publicação”. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que a Mesa Diretora
1646 sugeriu data para a realização da Conferência, considerando a deliberação do CNS na última
1647 reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** ressaltou que a definição de data é importante, porque
1648 serão realizadas outras conferências nesse período e também para definir aspectos de
1649 estrutura como reserva do local. Também destacou que a necessidade de ajustar a redação do
1650 calendário e das etapas, clarificando inclusive como se dará o processo de mobilização.
1651 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que é preciso detalhar melhor como se dará
1652 a etapa de avaliação que deverá ocorrer nas três esferas de gestão. Conselheiro **Haroldo**
1653 **Jorge de Carvalho Pontes** avaliou que não se deve incluir no decreto o “pós-conferência”
1654 como etapa, por se tratar de um processo permanente de monitoramento, inclusive de extrema
1655 importância. Também ressaltou que a Plenária de conselhos e movimentos sociais deve ser
1656 definida e compreendida como uma das etapas da conferência. Além disso, destacou que é
1657 preciso verificar se haverá ou não plenárias regionais. Conselheira **Maria do Socorro de**
1658 **Souza** explicou que se optou por um texto sucinto do decreto contemplando pontos essenciais
1659 para convocação, a fim de agilizar o processo e garantir a assinatura. Também disse que é
1660 preciso debater nas reuniões do Conselho como se dará a etapa de mobilização, haja vista a
1661 sua importância. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”)
1662 sugeriu dar destaque ao tema da Conferência no texto do decreto. Conselheiro **Carlos**
1663 **Eduardo Ferrari** sentiu falta no texto do decreto das etapas virtuais e reiterou a importância de
1664 reservar o espaço para a etapa nacional haja vista as várias atividades previstas para o mês de
1665 novembro de 2015. Além disso, manifestou seu desconforto com o fato de a conferência ser
1666 presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e não pela presidente do CNS e perguntou se
1667 havia determinação legal a respeito. O coordenador de Plenária de Conselhos, Teófilo
1668 Cavalcanti, explicou que a 15^a Conferência é pauta permanente da Plenária de Conselhos
1669 desde julho de 2014. Propôs que o CNS sugira aos conselhos de saúde que convoquem as
1670 conferências por decreto e não por portaria. Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro**
1671 salientou que é preciso clarificar melhor como se dará a etapa de avaliação participativa.
1672 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** propôs que as etapas da Conferência se iniciem em
1673 fevereiro de 2015, a fim de assegurar maior intervalo entre uma etapa e outra. Conselheiro

1674 Ronald Ferreira dos Santos destacou que é preciso explicitar no decreto que a Conferência
1675 será realizada em duas fases – avaliação e oficial (municipal, estadual e nacional). Conselheira
1676 Kátia Maria Barreto Souto explicou que a fase de avaliação será realizada de setembro de
1677 2014 a março de 2015 e compreende a plenária de conselhos e movimentos populares. No
1678 decreto, sugeriu explicitar e clarificar as etapas da Conferência: avaliação; e etapas municipal,
1679 estadual e nacional. Também ressaltou a importância de deixar mais claro o que se entende
1680 por pós-conferência (monitoramento). Conselheiro Pedro de Carvalho Pontual salientou que a
1681 proposta de monitoramento está de acordo com o decreto da Política Nacional de Participação
1682 Social onde é atribuída aos conselhos de saúde a função de monitoramento e avaliação dos
1683 resultados das conferências. Conselheira Maria do Socorro de Souza explicou que a
1684 Conferência será realizada em duas grandes etapas – avaliação e formais. A etapa de
1685 avaliação percorre as demais etapas, sobretudo a municipal, contemplando debates virtuais,
1686 inclusive. Lembrou, inclusive, que o Plenário apontou a necessidade de realizar plenárias
1687 regionais, por segmentos, temáticas, além de seminários. Também explicou que não há
1688 acúmulo de debate sobre a proposta de monitoramento e, nessa linha, avaliou que não
1689 precisaria estar explicitada no decreto. Recordou que a etapa de avaliação se encerraria com
1690 a XIX Plenária de Conselhos de Saúde, em abril de 2015, e levantaria subsídios para intervir
1691 na formulação do PNS e do PPA. Ponderou que incluir a data de realização da Conferência no
1692 decreto ganha tempo e agiliza o processo. No mais, disse desconhecer legislação definindo
1693 que o Ministro de Estado da Saúde deve presidir a Conferência, portanto, o Plenário poderia
1694 considerar a possibilidade de ajuste, se assim entendesse. Destacou que as etapas formais se
1695 iniciariam em março de 2015 e se encerrariam de novembro de 2015. O representante do MS,
1696 Paulo, colocou-se à disposição para debater com o CNS a forma de monitoramento das
1697 deliberações da Conferência, lembrando inclusive que já existe metodologia/instrumento para
1698 isso. Conselheiro Clóvis Boufleur apresentou nova redação para o artigo 4º, definindo prazo
1699 para as etapas: “A 15ª CNS compreende: período de avaliação participativa da saúde no Brasil
1700 – até abril de 2015; etapas municipais– de abril a agosto de 2015; etapas estaduais – de
1701 agosto a outubro de 2015; e etapa nacional – em novembro de 2014”. Conselheira Maria do
1702 Socorro de Souza sugeriu que o texto do decreto seja o mais enxuto possível, inclusive
1703 porque os detalhamentos estão contemplados na exposição de motivos sobre a 15ª CNS.
1704 Conselheiro Marco Antônio Castilho Carneiro defendeu que as datas das etapas sejam
1705 explicitadas no decreto e sugeriu maior tempo entre as conferências estaduais e a nacional, a
1706 fim de haver mais prazo para trabalhar as propostas oriundas dos estados. Conselheira Kátia
1707 Maria Barreto Souto disse que é preciso explicitar no decreto a etapa de avaliação
1708 participativa que resultará na Plenária de Conselhos. Conselheira Maria do Socorro de Souza
1709 disse que o cuidado é no sentido de validar a Plenária Nacional, considerando que apresentará
1710 referência para o CNS intervir na elaboração dos instrumentos de gestão. Conselheiro Ronald
1711 Ferreira dos Santos disse que a minuta de decreto deve deixar claro que a Conferência
1712 compõe um conjunto de fases e etapas e inicia-se no segundo semestre de 2014. Conselheiro
1713 Clóvis Boufleur propôs novos ajustes ao texto do decreto, a fim de clarificar dúvidas
1714 levantadas pelo decreto. Conselheira Marisa Furia Silva destacou que a Conferência devia
1715 encerrar-se com a etapa nacional no mês de novembro de 2015, considerando, inclusive, que a
1716 eleição do Conselho ocorrerá no mês de dezembro de 2015. Conselheira Maria do Socorro
1717 de Souza sugeriu que o conselheiro Clóvis Boufleur, junto com o conselheiro Carlos Alberto
1718 Duarte, reformulasse a minuta de decreto, considerando as proposições do Plenário, para ser
1719 apresentada no período da tarde. Além disso, salientou que o MS é importante para subsidiar o
1720 CNS na definição do processo de avaliação e contribuir com informações para qualificar o
1721 processo de avaliação participativa. O representante do MS, Paulo, informou que o MS dispõe
1722 de dados que podem contribuir no processo de monitoramento e, inclusive, comunicou que
1723 será lançado caderno com a avaliação da saúde no Brasil até 2012. Também disse que o MS
1724 financiou estudo do professor José Noronha sobre prospecção para saúde até 2030. Por fim,
1725 dispôs-se a participar da reunião da Mesa Diretora para tratar dessa e de outras questões.
1726 Conselheira Maria do Socorro de Souza disse que será necessário realizar reuniões do
1727 Conselho com formato de oficina para construir metodologia e dinâmica das etapas da
1728 Conferência. Também explicou que a Comissão de Comunicação apresentaria uma proposta
1729 de divulgação da 15ª CNS. No mais, disse que a Comissão Organizadora da Conferência será
1730 composta por todos os titulares do CNS. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos disse que o
1731 CNS deve considerar outros eventos para servir de subsídio nesse processo de avaliação
1732 como as oficinas da COFIN e da CIAF. Também avaliou que a análise swot é um ótimo
1733 instrumento para o processo de avaliação e pode servir para a 15ª Conferência. Inclusive,

1734 convidou os conselheiros para acompanhar a próxima oficina da COFIN e conhecer a
1735 metodologia. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** explicou que a CISPCNS elaborou manual
1736 orientador da acessibilidade para ser trabalhado em todas as etapas da conferência, inclusive a
1737 de avaliação. Disse que o CNS precisa apreciar o documento e ressaltou que as etapas iniciais
1738 já devem contemplar os requisitos de acessibilidade. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
1739 explicou que o documento foi disponibilizado aos conselheiros para conhecimento, lembrando
1740 que cabe à comissão organizadora fazer cumprir as determinações. Conselheira **Maria do**
1741 **Socorro de Souza** explicou que a Comissão de Comunicação irá construir uma proposta
1742 nesse campo e o documento será considerado. Com essa fala, a mesa retomou as indicações
1743 para resolver os itens pendentes. **INDICAÇÕES - 1) COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM**
1744 **PESQUISA – CONEP/CNS** - Encontro Extraordinário dos Comitês de Ética em Pesquisa –
1745 ENCEP. Data: 17, 18 e 19 de novembro de 2014. *Indicações:* usuários - **Marisa Furia Silva,**
1746 **Rosangela da Silva Santos, Liane Terezinha de Araújo Oliveira, Carlos Eduardo Ferrari,**
1747 **Adriano Macedo Felix (desse total, serão indicados quatro nomes).** Os segmentos dos
1748 trabalhadores da saúde e dos gestores/prestadores deverão indicar representantes até o dia 25
1749 de setembro. **2)** Indicação para acompanhar a Plenária de Conselhos de Saúde. **Indicação do**
1750 **segmento dos usuários:** **Verônica Lourenço da Silva e Wanderley Gomes da Silva.** **3)**
1751 Seminário Sobre Diversidade Sexual/Visibilidade lésbica. Data: 27 e 28 de setembro de 2014.
1752 Local: Natal/RN. **Indicação:** conselheira **Verônica Lourenço da Silva.** **4)** O Ministério da
1753 Saúde, em atenção à Portaria GM/MS, nº 1550, de 29 de julho de 2014, solicita a indicação de
1754 um representante titular e um suplente para integrar o Comitê Gestor do PRONON e do
1755 PRONAS/PCD. O Plenário já havia indicado representantes para o Comitê, mas a Portaria foi
1756 republicada. Conselheira **Denise Torreão** explicou que a portaria passou por reformulação em
1757 agosto de 2014, portanto era preciso ter acesso ao documento para saber se deverá ser feita
1758 nova indicação. Inclusive, salientou que a verificação deve ser feita em todos os casos em que
1759 for solicitada a indicação de representante do CNS. Conselheiro **André Luiz Bonifácio** dispôs-
1760 se a fazer uma breve apresentação ao Plenário no caso de portarias do MS. **O tema retorna**
1761 **na próxima reunião do CNS, considerando a necessidade de buscar maiores**
1762 **informações a respeito do comitê gestor.** **5)** Seminário Judicialização do Acesso aos
1763 Serviços de Saúde do SUS". Data: 20 de outubro de 2014. Local: Rio de Janeiro/RJ.
1764 *Indicações:* **Verônica Lourenço da Silva; Marisa Furia Silva; Andréa Karolina Bento; Liane**
1765 **Terezinha de Araújo Oliveira; Eurídice Ferreira de Almeida.** Esses nomes serão levados à
1766 Mesa Diretora para verificar a possibilidade de participação no evento. Os conselheiros que
1767 residem no Rio de Janeiro poderão participar da atividade. **6)** 5º Congresso Brasileiro Sobre o
1768 Uso Racional de Medicamentos - V CBURM. Data: 22 a 25 de setembro de 2014. Local: São
1769 Paulo/SP. **Indicação:** conselheiro **Geraldo Adão Santos.** **Também será feita consulta aos**
1770 **conselheiros que residem em São Paulo sobre o interesse em participar da atividade.** **7)**
1771 14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle
1772 de Doenças – 14ª Expoepi. O evento acontecerá em Brasília (DF), de 28 a 31 de outubro de
1773 2014. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, coordenador da Comissão Intersetorial de Eliminação da
1774 Hanseníase - CIEH solicitou que o CNS garanta a sua participação e a do conselheiro Geraldo
1775 Adão Santos na Mostra, haja vista a interface do tema da Mostra com os debates da CIEH.
1776 **Após considerações, o Plenário decidiu que a Mesa Diretora do CNS verificará a**
1777 **possibilidade de garantir a participação de conselheiros e comunicará por e-mail.** A
1778 **mesa registrou os pleitos de participação dos conselheiros Eni Carajá Filho e Geraldo**
1779 **Adão Santos.** **8)** A Associação dos Renais Crônicos, Doadores e Transplantados de
1780 Uberlândia solicita a presença da Conselheira Rosângela Santos para participar do Painel
1781 seguido de debate sobre Morte Encefálica durante a "Semana de Doação de Órgãos". Data: 23
1782 de setembro de 2014. Local: Uberlândia/MG. **Indicação:** conselheira **Rosângela Santos.** **9)**
1783 Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** solicitou maiores informações sobre a oficina da
1784 Conferência de Assistência Farmacêutica. Conselheira **Lorena Baía** informou o Plenário sobre
1785 a realização de ciclo de oficinas de avaliação da Política de Assistência Farmacêutica para
1786 elaborar proposições e levar subsídios para a 15ª Conferência. Disse que já foram realizadas 8
1787 oficinas e ocorrerão mais duas: 12 e 13 de setembro – Belo Horizonte/MG; e 18 e 19 de
1788 setembro – Rio de Janeiro/RJ. Explicou que a SE/CNS enviou e-mail aos conselheiros
1789 informando a realização das oficinas e convidando para participar. Todavia, disse que novo e-
1790 mail poderia ser encaminhado reforçando a importância da participação com as datas. **A**
1791 **princípio, participarão do evento os conselheiros residentes no local de realização**
1792 **porque o CNS não dispõe de recursos para custear a ida dos conselheiros de outros**
1793 **Estados.** Conselheira **Marisa Furia Silva** salientou que é importante assegurar a participação

1794 dos conselheiros em seminários realizados pelas comissões do CNS, assegurando
1795 financiamento do Conselho e solicitou que a Mesa Diretora discuta essa questão. **Demandas**
1796 para debate na Mesa Diretora do CNS: participação de conselheiros em
1797 seminários/oficinas realizados pelas comissões do Conselho. 10) Conselheira Andréa
1798 Karolina Bento convidou o CNS a participar do Congresso de oncologia, em São Paulo, no
1799 mês de setembro. Acordou-se que será enviado convite aos conselheiros que residem em São
1800 Paulo. 11) Conselheiro Clóvis Boufleur registrou que a Comissão da Criança e Adolescente
1801 solicita pauta na próxima reunião do CNS para tratar da Política de Atenção à Criança.
1802 Inclusive, demandou que a SE/CNS solicite à área técnica o envio do documento ao CNS para
1803 debate e deliberação nessa oportunidade. Definidos esses pontos, a mesa encerrou a manhã
1804 do primeiro dia de reunião. Reiniciando, conselheiro Carlos Alberto Duarte assumiu a
1805 coordenação dos trabalhos para apresentação do texto da minuta de decreto de convocação
1806 da 15ª Conferência Nacional de Saúde, reelaborada por ele e pelo conselheiro Clóvis Boufleur,
1807 com base nas contribuições do Plenário feitas no período da manhã. Conselheiro Clóvis
1808 Boufleur fez a leitura do texto: “**Decreto nº xxx de xxx de agosto de 2014.** Convoca a 15ª
1809 Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. A PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no
1810 uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em
1811 vista o disposto no §1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **DECRETA:** Art. 1º Fica
1812 convocada a 15ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: **Saúde Pública de Qualidade**
1813 **para cuidar bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro**, e com objetivo avaliar a saúde no
1814 Brasil, propor diretrizes para a elaboração dos instrumentos federais de planejamento e
1815 orçamento em saúde. Art. 2º A 15ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo
1816 presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na
1817 sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Art. 3º - A
1818 definição do processo de avaliação da situação de saúde e a realização das etapas da 15ª
1819 Conferência Nacional de Saúde que envolvem a União, Estados, Distrito Federal e municípios
1820 constará no regimento que deverá ser elaborado por uma comissão organizadora e aprovado
1821 pelo Conselho Nacional de Saúde. Parágrafo Primeiro – A etapa nacional da 15ª Conferência
1822 Nacional de Saúde acontecerá de 27 a 30 de novembro de 2015, em Brasília, DF. Art. 4º As
1823 despesas com a organização e realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde correrão por
1824 conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde. Art. 5º Este Decreto
1825 entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, setembro de 2015. DILMA ROUSSEFF”.
1826 **Deliberação: aprovado o texto do decreto de convocação da 15ª Conferência. O**
1827 **documento será encaminhado para as devidas providências.** Na sequência, a mesa foi
1828 composta para o debate do item 8 da pauta. **ITEM 8 – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1829 **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA** - *Convidados: Jorge Machado*, do
1830 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST/SVS/MS;
1831 e **Reginaldo Muniz Barreto** - Coordenador de Projetos da Área de Saúde - Departamento
1832 Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). *Coordenação: conselheiro*
1833 **Geordecy Menezes de Souza**, Presidente da Comissão Organizadora da 4ª CNSTT. O
1834 representante da Comissão de Formulação e Relatoria da Conferência, **Reginaldo Muniz**
1835 **Barreto** do DIEESE, responsável por sistematizar as propostas estaduais e da nacional, fez
1836 uma explanação sobre o andamento do trabalho da Comissão de Formulação e Relatoria da
1837 Conferência. Lembrou que o processo iniciou-se com a definição dos eixos e subeixos da
1838 Conferência e foram elaborados textos orientadores que contribuíram para discussão. Explicou
1839 que a metodologia adotada é a consolidação das propostas levando-se em conta a identidade
1840 de conteúdo. Recordou que cada conferência estadual pode apresentar 12 propostas e, preferencialmente, mantém-se a redação original das propostas, incorporando conteúdo
1841 complementar e/ou contraditório, mencionando os seus estados de origem. Disse que as
1842 propostas foram agrupadas em blocos temáticos (descritores - 12), relacionados aos subeixos
1843 da Conferência. Explicou que os 12 blocos temáticos orientarão aos diálogos temáticos com o
1844 objetivo de contribuir para o aprofundamento da discussão, a partir das propostas das etapas
1845 estaduais. Além disso, serão realizados diálogos transversais com o objetivo de discutir temas
1846 transversais ou específicos não diretamente contemplados pela Conferência, porém de grande
1847 relevância pelos sujeitos/atores protagonistas do controle social. Mostrou um exemplo de
1848 sistematização de propostas para explicitar que será possível diminuir o número de propostas
1849 (de mais de 300 propostas para 100), possibilitando que todos os participantes da Conferência
1850 debatam o conjunto das propostas. Detalhou os temas/descritores dos diálogos temáticos
1851 (oriundos do conjunto das propostas estaduais): a) Desenvolvimento socioeconômico e seus
1852 reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora; b) Intersetorialidade na saúde do

1854 trabalhador e da trabalhadora (Trabalho, Previdência, Agricultura, Meio ambiente, Indústria e outros); c) Participação e controle social; d) Financiamento da PNSTT, nos Municípios, Estados e União; e) Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora; f) Organização da atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora; g) Trabalho nos setores públicos e privados e interfaces com a saúde do trabalhador (mesa de negociação, precarização do trabalho e setor público X setor privado); h) Educação em saúde do trabalhador e da trabalhadora; i) Condições de trabalho, doença e acidente relacionados ao trabalho; j) Produção da Informação em saúde do trabalhador a partir dos diversos sistemas de informação da saúde e de outros setores; k) Gestão do trabalho no SUS. Destacou que os dialógicos temáticos antecedem o trabalho de grupos. Detalhou que são temas dos diálogos transversais: a) Saúde da mulher trabalhadora; b) Pessoas com deficiência e com patologias: inclusão, permanência e retorno ao trabalho; c) Saúde mental e trabalho; d) Mesas de negociação/ Negociação coletiva nos setores público e privado; e) Saúde dos trabalhadores da saúde; f) Saúde e Trabalho no campo, floresta e águas; g) Proteção Social: os desafios da Seguridade Social/ Reabilitação e retorno ao trabalho; h) Precarização, informalidade e terceirização no trabalho; i) Desigualdade no trabalho, populações vulneráveis e racismo institucional (Saúde do trabalhador negro, indígena, cigano e LGBT, população em situação de rua); j) Fatores da organização do trabalho/Trabalho em turnos e noturno nos diversos ramos de atividade econômica/ ritmo/ produtividade/jornada de trabalho/ pausa de recuperação; k) Mortes no trabalho/accidentes de trabalho com óbito: ênfase na saúde do Trabalhador em transportes e categorias com maior mortalidade no trabalho; violências e acidentes de transporte/trânsito; l) Produtos químicos, seus contaminantes e doenças relacionadas ao trabalho/ Produção, Trabalho, saúde e ambiente: o caso dos agrotóxicos. Destacou que são dois grupos de discussão – diálogos temáticos e transversais - em momentos diferentes. Finalizando, disse que a Comissão está elaborando
ementas para cada um dos temas dos diálogos temáticos e transversais. Além disso, disse que
foi realizada pesquisa de perfil dos participantes nas etapas estaduais e será realizada
pesquisa de perfil dos participantes na etapa nacional. Em seguida, foi feito informe sobre a
realização da Conferência Estadual de Saúde do Maranhão, última realizada das estaduais,
cujo processo foi acompanhado por membros da comissão organizadora nacional. O
representante do DSAST/SVS/MS, **Jorge Machado**, disse que, após esforços, inclusive do
CNS, a Conferência foi realizada com êxito. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado**
acompanhou a conferência e avaliou como exitosa e fez um destaque ao apoio do CNS no
processo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** disse que compôs a mesa de abertura
representando o CNS e a presença do CNS na conferência foi importante. Destacou o alto
nível de satisfação dos participantes e salientou que a Procuradora do Estado, presente à
conferência, apontou a importância de tratar sobre reabilitação e papel do médico assistente e
do médico perito. Também comunicou que a Universidade de Brasília está realizando
pesquisa, encomendada pelo INSS, sobre adoecimento e acordou-se que seria realizada
reunião para debate sobre a previdência social. Por fim, entregou o Livro da Conferência do
Maranhão para conhecimento dos conselheiros. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
explicou que todas as etapas anteriores à nacional foram cumpridas. Em seguida, recordou
que na penúltima reunião do CNS foi aprovada resolução sobre a Conferência, com ajustes no
Regimento Interno. Todavia, nova proposta foi elaborada por conta de outras mudanças. Feitas
essas considerações, passou à leitura da proposta de resolução que trata de aspectos diversos
da 4^a CNSTT. O texto é o seguinte: “considerando o que dispõe a Resolução 494/2013 que
aprovou o Regimento Interno da 4^a Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador e da
Trabalhadora – 4^aCNSTT; considerando as dificuldades operacionais e climáticas que alguns
Conselhos Estaduais de Saúde tiveram em realizar as conferências macrorregionais e
estaduais realizando-as em períodos posteriores ao estabelecido no regimento nacional;
considerando que a realização de conferencias macrorregional e estadual em períodos
posteriores ao estabelecido no regimento nacional prejudicou a entrega do relatório da etapa
estadual e a inscrição dos delegados eleitos para a etapa nacional; considerando que o
regimento nacional não prevê a aprovação na Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador
e da Trabalhadora de Moções de âmbito nacional; considerando que a Comissão Organizadora
Nacional aprovou a realização de uma pesquisa sobre o perfil dos delegados (as) que fora
aplicada com os delegados (as) em várias conferências estaduais; considerando que devido a
questões administrativas a etapa nacional não poderá ser realizada na data previamente
definida; considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde garantir a participação de
todos os estados na 4^a CNSTT reconhecendo as excepcionalidades e a necessidade de
realizar os devidos ajustes para a realização da etapa nacional; e considerando as

1914 substituições de representantes do segmento de usuários, conforme art. 18 parágrafo 2º;
1915 considerando que o translado dos delegados eleitos pelo CNS não foi contemplado no
1916 regimento da 4ª CNSTT. O Pleno do Conselho Nacional de Saúde resolve: Autorizar em
1917 caráter excepcional a realização de etapas macrorregional e estadual em períodos posteriores
1918 ao determinado regimentalmente, conforme solicitação da Comissão Organizadora Nacional da
1919 4ª CNSTT; Acolher as Moções de âmbito nacional aprovadas nas etapas estaduais, atribuindo
1920 a Comissão Nacional de Formulação e Relatoria a competência para validar e encaminhar à
1921 etapa nacional, para apreciação e votação na plenária final; Aprovar a realização de uma
1922 pesquisa sobre o perfil dos delegados (as), conforme solicitação da Comissão Organizadora
1923 Nacional da 4ª CNSTT; Autorizar a Comissão Organizadora Nacional a prorrogar os prazos
1924 para a entrega do relatório da etapa estadual e a inscrição dos delegados eleitos para a etapa
1925 nacional; Determinar a realização da etapa nacional no mês de dezembro, com data a definir,
1926 na cidade de Brasília/DF; Substituir a representação da Organização Nacional dos Cegos do
1927 Brasil (ONCB), por representante da Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
1928 do Brasil (ONEDEF), e do Movimento Popular em Saúde (MOPS), por representante da Central
1929 de Movimentos Populares (CMP) na Comissão Organizadora Nacional da 4ª Conferência
1930 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; alterar no Regimento da 4ª CNSTT o
1931 pagamento de translado dos delegados eleitos pelo CNS para atender a necessidade de
1932 transporte dos delegados eleitos pelo CNS. **Deliberação: aprovada a resolução por**
1933 **unanimidade.** Em seguida, apresentou a proposta de programação elaborada pela comissão
1934 organizadora para a 4ª CNSTT: 1º Dia: 10h às 21h – Credenciamento de delegados eleitos e
1935 convidados. 15h às 18h – Plenária de abertura: aprovação do regulamento. Noite - 18h às
1936 19h30min – Mesa Redonda. 19h30 às 20h30 - Solenidade de abertura. 20h30min – Coquetel/
1937 Atividade Cultural. 2º Dia: Dia todo: 9 às 18h – Credenciamento de delegados eleitos e
1938 convidados. 18h às 21h – Credenciamento de suplentes eleitos em substituição aos delegados
1939 titulares eleitos. Manhã: 8h às 10h30 – Diálogo temático. 10h45min às 13h – Diálogos
1940 transversais. 14h30min às 18h30min – Trabalhos de Grupos. 3º Dia - Dia inteiro 8h às 18h30 –
1941 Trabalhos de Grupos. 4º Dia: dia inteiro: 8h às 18h30 – Plenária Final e encerramento.
1942 Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** manifestou preocupação com o prazo definido
1943 para o credenciamento dos suplentes e foi esclarecido que se trata de determinação
1944 regimental. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha") avaliou
1945 que "saúde da mulher trabalhadora" não pode ser um tema transversal, mas sim dos diálogos
1946 temáticos. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que os temas dos diálogos
1947 temáticos foram pensados a partir das propostas dos Estados e os diálogos transversais
1948 tratarão de temas importantes que precisavam ser debatidos e não foram indicados pelos
1949 Estados. O representante do DSAST/SVS/MS, **Jorge Machado**, acrescentou que, nesse caso,
1950 o entendimento é reforçar as discussões sobre a saúde da trabalhadora. Conselheiro **Renato**
1951 **Almeida de Barros** sugeriu mudança na dinâmica da conferência para assegurar que os
1952 delegados debatam todos os temas da Conferência. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
1953 **Souza** explicou que participantes da Conferência poderão escolher os temas dos diálogos que
1954 desejam debater. Disse que a dinâmica dos grupos de trabalho (debate de todos os temas ou
1955 de tema definido) será debatida e definida no Plenário. Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto**
1956 lembrou que o mundo do trabalho, da forma como está organizado, não leva em conta as
1957 relações de gênero, de geração, de raça, de orientação sexual, entre outros aspectos. Assim,
1958 salientou que é preciso assegurar que todos, homens e mulheres, reflitam sobre o mundo do
1959 trabalho organizado a partir do capital, considerando a luta pela igualdade de gênero, racional
1960 na dimensão da saúde e o reflexo na saúde. Conselheiro **Eni Carajá Filho** registrou que
1961 estava à disposição para participar da Conferência Estadual do Amazonas, mas não
1962 compareceu por problemas na liberação da passagem. Além disso, solicitou que, no caso de
1963 ser escolhido o centro de convenções para realizar a conferência, deve-se ter cuidado com a
1964 questão da acessibilidade. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** defendeu a adoção do
1965 termo "doenças crônicas" no lugar de "patologias". Conselheiro **Marco Antônio Castilho**
1966 **Carneiro** reiterou sua preocupação com o horário de credenciamento de suplentes porque
1967 prejudicaria a participação nos debates (o credenciamento poderá ser das 18h às 21h do
1968 segundo dia). Em relação à acessibilidade, salientou que é preciso adotar o Decreto nº 5.296 e
1969 considerar o documento elaborado pela CISPD. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1970 explicou que o processo de organização da Conferência considera o Decreto e solicitou ao
1971 conselheiro Marco Antônio Castilho que redija uma proposta sobre o credenciamento dos
1972 suplentes para ser apreciada. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, para resolver essa questão,
1973 sugeriu incluir o termo "até" antes de "o credenciamento dos suplentes". O coordenador de

1974 plenária, **Teófilo Cavalcanti**, explicou que a Conferência do Piauí foi realizada em tempo hábil
1975 e o relatório enviado à Comissão Organizadora. Também perguntou como substituir indicação
1976 para relatoria e pleiteou participação na etapa nacional da Conferência. Por fim, manifestou
1977 preocupação com a onda de OSCIPs no Estado do Piauí e destacou que o tema será pauta do
1978 conselho estadual. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha")
1979 ressaltou que na mesa de abertura será necessária fala política tendo como essência o
1980 trabalhador e a trabalhadora, lembrando que essa Conferência é inovadora. O presidente do
1981 Conselho Municipal da Saúde de Parnaíba/PI, **Erivelton Fontenele**, interveio para defender a
1982 participação de representantes do Conselho Municipal de Parnaíba/PI, segundo maior
1983 município do Estado, na etapa nacional da conferência. Conselheira **Maria do Socorro de**
1984 **Souza**, Presidente do CNS, ressaltou que a mesa redonda dará o tom político da Conferência,
1985 com recorte sobre o processo de desenvolvimento no capitalismo brasileiro e o impacto na
1986 saúde do trabalhador e da trabalhadora, além dos 25 anos do SUS. Disse que a metodologia
1987 da Conferência possui sentido político que precisa ser compreendido para ser seguido.
1988 Esclareceu que os diálogos temáticos visam aprofundar o debate dos temas apontados pelos
1989 Estados e os diálogos transversais têm por objetivo qualificar o debate de temas importantes.
1990 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que os estados devem enviar à secretaria
1991 da Conferência a documentação completa (relatório com as propostas da estadual e das
1992 etapas anteriores, lista de presença). Disse que até o momento apenas 9 estados enviaram o
1993 material completo (Alagoas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso
1994 do Sul, Pernambuco, Paraná e Santa Catarina). Explicou que a comissão organizadora se
1995 reuniria na semana seguinte e, na oportunidade, definiria prazo para a entrega do material e
1996 para a inscrição dos delegados. Além dessas questões, recuperou que na última reunião do
1997 CNS, foi definido prazo para envio dos nomes dos conselheiros nacionais, todavia, a maioria
1998 não se manifestou. Desse modo, reiterou a solicitação para cumprir essa etapa. Ressaltou que
1999 o CNS deve eleger 132 delegados e indicar 88 convidados e, como proposta, sugeriu que os
2000 três segmentos façam a indicação de forma paritária. Explicou que os segmentos dos
2001 gestores/prestadores indicaram e os trabalhadores da saúde também e foi construída proposta
2002 para os usuários. Como encaminhamento, propôs que as indicações feitas pelos segmentos
2003 sejam remetidas à Mesa Diretora do CNS que apresentará uma proposta de indicação de
2004 delegados e convidados da 4ª CNSTT para ser apreciada e deliberada na próxima reunião
2005 ordinária do CNS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** explicou que é preciso definir
2006 claramente como se dará a indicação, a fim de evitar desperdício de trabalho, uma vez que o
2007 segmento dos trabalhadores já havia elaborado lista. Conselheiro João Rodrigues Filho
2008 ratificou a fala da conselheira Eurídice de Almeida e salientou que é preciso garantir a
2009 participação, com cuidado na indicação para que não haja duplicidade de indicação.
2010 Conselheira **Rosangela da Silva Santos** disse que é preciso definir critérios para indicação de
2011 convidados e defendeu que seja priorizada a participação dos conselheiros suplentes.
2012 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** reiterou que, regimentalmente, está assegurada a
2013 participação do titular e um dos suplentes. Portanto, o Plenário deveria eleger 132 delegados e
2014 definir 88 convidados. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** explicou que alguns suplentes
2015 não poderão participar da etapa nacional porque não há vagas e solicitou que fosse encontrada
2016 uma saída para essa situação. Sugeriu que as proposições dos conselheiros fossem enviadas
2017 por escrito a SE/CNS para serem consideradas na elaboração da proposta da Mesa Diretora
2018 do CNS. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** perguntou como garantir a participação dos
2019 coordenadores da Plenária de Conselhos nos Estados que não foram indicados como
2020 delegados. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** respondeu que os coordenadores
2021 deverão ser indicados pelo CNS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** salientou que a
2022 comissão organizadora precisa definir critérios para as indicações, evitando mudanças no
2023 decorrer do caminho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou
2024 que há limitação orçamentária e financeira e não será possível indicar outros nomes além do
2025 que prevê o Regimento (132 delegados eleitos pelo CNS e 88 convidados). Destacou que a
2026 ampliação de vagas pode trazer consequências como a queda da paridade e o
2027 comprometimento da legitimidade da Conferência. Destacou que, além dos delegados natos
2028 (conselheiros de saúde – estadual ou nacional), a conferência prevê convidados. Reiterou que
2029 a Mesa Diretora redigirá uma proposta considerando as indicações e sugestões feitas e
2030 apresentará ao Plenário. Todavia, disse que não haverá cortes, pois cabe aos segmentos a
2031 definição dos nomes. Além da questão política, para não comprometer a legitimidade e a
2032 representação da conferência, será considerada a disponibilidade financeira. Disse que há um
2033 déficit de mais de 80 passagens que precisa ser resolvido. Conselheiro **Clóvis Boufleur**

2034 esclareceu que não haverá delegados natos na Conferência, mas sim delegados eleitos. Sobre
2035 a questão de passagens, disse que é possível resolver, inclusive, foi feita retificação no
2036 Regimento (estava definido que seriam pagas as despesas de todos os convidados, mas, após
2037 o ajuste, somente para os delegados). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente
2038 do CNS, destacou que há mais de duas conferências de saúde não se adota a regra de
2039 indicação pelo Plenário do CNS, todavia, essa definição não é suficiente para resolver as
2040 questões colocadas. Também disse que há dificuldade orçamentária e foi feita conversa com
2041 áreas do Ministério da Saúde. Conselheiro **André Bonifácio** explicou que está negociando
2042 mais orçamento com outra área do Ministério da Saúde, mas há restrições. Conselheira
2043 **Rosangela da Silva Santos** ressaltou que é preciso negociar para garantir a participação na
2044 conferência de importantes lideranças que podem contribuir. Dada a dificuldade de fechar uma
2045 proposta naquele momento, o coordenador da mesa defendeu a proposta de encaminhamento.
2046 **Deliberação: o Plenário decidiu que a Mesa Diretora do CNS apresentará uma proposta**
2047 **de indicação de delegados e convidados da 4ª CNSTT para ser apreciada e deliberada na**
2048 **próxima reunião ordinária do CNS.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que
2049 a Comissão Organizadora tem recebido documentos informando que virão caravanas a Brasília
2050 para participar da Conferência e tem respondido que não será possível garantir a participação.
2051 Na linha de encontrar uma saída, foram apresentadas as seguintes sugestões: que os
2052 conselheiros nacionais façam articulação nos Estados para evitar a vinda de participantes não
2053 credenciados e que a Coordenação de Plenária faça o mesmo para que não aconteça; que
2054 seja definido espaço público de acesso no local da etapa nacional da Conferência – stand e
2055 telão. Com essas considerações, a mesa agradeceu os convidados e encerrou esse ponto.
2056 **ITENS EXTRAS.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que seria necessário retificar a
2057 “resolução” sobre o Relatório quadrimestral do MS, aprovada na reunião ordinária do CNS do
2058 mês de agosto de 2014, para “recomendação”, pois no caso o Plenário pode apenas
2059 recomendar. **Deliberação: proposta aprovada.** Em seguida, colocou em apreciação a minuta
2060 de Recomendação elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Idoso - CISID.
2061 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação elaborada pela CISID.** O
2062 documento recomenda: que no mês que antecede a Campanha Nacional de Vacinação
2063 para Influenza, o Ministério da Saúde realize campanhas publicitárias, de abrangência
2064 nacional, com o objetivo de divulgar e esclarecer à população idosa sobre a importância
2065 da vacinação para a promoção e proteção da Saúde deste grupo populacional; informar
2066 acerca da importância de vacinar também para Hepatite B, dT (Dupla tipo adulto), Febre
2067 Amarela (áreas endêmicas) e Pneumocócica 23; implementar estratégias de
2068 sensibilização dos profissionais de saúde para importância de esclarecer, prestar
2069 informações e encaminhar usuários idosos para a vacinação como forma de prevenir
2070 agravos e promover saúde; e recomendar, ainda, que a prioridade das pessoas idosas
2071 seja acatada no momento da vacinação, considerando a ampliação dos grupos
2072 populacionais. Na sequência, colocou em votação a indicação de consultores *ad hoc*
2073 convidados da CONEP. **Deliberação: aprovada a indicação dos seguintes nomes de**
2074 **consultores ad hoc convidados da CONEP:** Dr. Jose Claudio Casali da Rocha, médico
2075 geneticista de Oncologia, PUC/PR, Curitiba/PR; Dra. Silmara Meneguin, enfermeira,
2076 UNESP, Botucatu/SP; e Dra. Maria Lucia Bueno Garcia, médica, Hospital das Clínicas,
2077 São Paulo/SP. **ENCERRAMENTO** - Definido esse ponto, conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,
2078 da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 261ª Reunião Ordinária. Estiveram
2079 presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares** – **Abrahão Nunes**
2080 **da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,
2081 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional
2082 dos Cegos do Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP);
2083 **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Edmundo**
2084 **Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB);
2085 **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase -
2086 MORHAN; **Gabriel de Abreu Domingos**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de
2087 Saúde Indígena (FPCONDISI); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia –
2088 CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Rodrigues Filho**,
2089 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida**
2090 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Lázaro Luiz Gonzaga**,
2091 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Maria do Espírito**
2092 **Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos
2093 Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na

2094 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
2095 Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy**
2096 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Pedro de Carvalho Pontual**,
2097 Secretaria Geral da Presidência República; **Renato Almeida de Barros**, Confederação
2098 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**,
2099 Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de
2100 Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); e **Verônica**
2101 **Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL. Suplentes – **Alexandre Frederico de**
2102 **Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre**
2103 **Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira
2104 de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil
2105 (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos
2106 – ANPG; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos
2107 e Serviços (CNS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2108 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA;
2109 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; **Francisca**
2110 **Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO;
2111 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
2112 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual
2113 dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias
2114 Municipais de Saúde – CONASEMS; **José João Lanceiro de Palma**, Ministério da Saúde;
2115 **Juneia Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Kátia Maria Barreto Souto**,
2116 Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições
2117 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**,
2118 Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos
2119 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Aníbal Vieira**
2120 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho**
2121 **Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS);
2122 **Marcelo Pires de Mendonça**, Secretaria Geral da Presidência República; **Marco Antônio**
2123 **Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Marcos Erlan**
2124 **dos Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA);
2125 **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, Movimento Nacional da População de Rua (MNPR;
2126 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**,
2127 Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos -
2128 ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da
2129 Saúde; **Rosangela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados
2130 do Brasil – FARBRA; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações
2131 de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
2132 Ocupacional (COFFITO).