



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 “Omlton 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, HIV 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 Virais 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 Geordecio 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 Intersectorial 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 Catanoe** informou que a Comissão Intersectorial 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 – Dalmare 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.

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

174 apresentar a Diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, **Martha Regina de Oliveira**.
175 Explicou que antes o processo de trabalho era mais extenso, com centralização do
176 gerenciamento das atividades, os processos de trabalho podiam se repetir e havia carência de
177 pessoal no setor. Disse que agora houve reorganização dos processos, tornando os fluxos de
178 trabalho mais ágeis, com criação de coordenadorias especializadas, dinamização dos fluxos,
179 padronização das atividades e definição de metas individuais e por equipe e contratação de 89
180 temporários e 77 terceirizados desde 2010. Disse que em 2013 foram ressarcidos R\$ 183
181 milhões; em 2012, 71 milhões; em 2011, R\$ 83 milhões; e, em 2014, nos sete primeiros meses
182 foram ressarcidos R\$ 184 milhões (a expectativa é de R\$ 300 milhões). Disse que, em julho, foi
183 ultrapassado o valor arrecadado no ano passado inteiro. Nesta década, foram R\$ 521,5
184 milhões e na década passada R\$ 123,5 milhões. Além disso, houve a identificação e a
185 cobrança de 664 mil internações até julho. Na década anterior, foram 350 mil. Disse que
186 também houve crescimento importante de valores encaminhados à dívida ativa e até julho de
187 2014 foram inscritos R\$ 104 milhões. Feito esse informe, passou a apresentar a proposta do
188 Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI. Explicou que o Ministério ao Planejamento e o
189 Ministério da Saúde vinham construindo uma proposta relativa à saúde indígena e esse debate
190 intensificou-se a partir das deliberações da V Conferência Nacional de Saúde Indígena. Disse
191 que ao assumir o Ministério da Saúde revisitou a proposta em construção, aprofundou o
192 debate, inclusive internamente no Ministério da Saúde e com outros órgãos, e foram feitos
193 ajustes. Frisou que se trata de uma proposta do governo federal e não apenas do Ministério da
194 Saúde haja vista os debates no governo, avaliando avanços e dificuldades. Ressaltou que a
195 intenção é ampliar ainda esse processo, assegurando o tempo necessário para debate
196 democrático e apresentação de propostas de aprimoramento. Explicou que a proposta de
197 criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI é uma estratégia de aprimoramento da
198 Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Detalhou que são condições para execução
199 de ações de saúde pública: marco legal; política definida para o setor; recursos orçamentários;
200 estrutura física; recursos humanos qualificados; equipamentos; insumos; logística; gestão; e
201 Controle Social. Explicou que no modelo atual o Ministério da Saúde, por meio da SESAI, é
202 responsável pela formulação da política e execução das ações e serviços de saúde por meio
203 dos DSEIs. Destacou que são necessidades para a execução da política: gestão de pessoas e
204 aquisições/contratação de produtos, insumos, serviços, aluguel. A respeito da gestão de
205 pessoas, detalhou que a Política deve assegurar: fixação de profissionais não indígenas nas
206 aldeias; aceitação, pelas comunidades indígenas, dos profissionais; escalas de trabalho
207 diferenciadas não previstas no RJU; remunerações especiais compatíveis com a complexidade
208 dos trabalhos; exigência de alguns trabalhadores serem indígenas, terem que residir nas
209 aldeias e serem indicados pelas lideranças locais; execução dos trabalhos em locais remotos,
210 isolados; aproveitamento dos profissionais indígenas que conhecem os costumes, a língua e
211 nasceram na aldeia; e remuneração diferenciada em função da localidade do trabalho. Falou
212 sobre as dificuldades para a fixação de servidores estatutários, destacando: a) necessidade de
213 carga horária diferenciada com escalas de trabalho de até 60 dias em áreas distantes; longas
214 viagens até os Polos Base; muito tempo fora do domicílio; isolamento; dificuldade de
215 comunicação; diferenças linguísticas e culturais; b) exigência de aprovação/aceitação pelos
216 representantes das comunidades indígenas para o acesso às aldeias e aos indivíduos a serem
217 atendidos pelos serviços de saúde: necessidade de aceitação e legitimação dos profissionais;
218 grande extensão territorial; dificuldade de acesso às aldeias e logística para o atendimento
219 muito complexa; distintos aspectos culturais próprios das 305 etnias; e grande diversidade
220 linguística (274 línguas faladas). Detalhou a composição da força de trabalho da saúde
221 indígena: 19.170, sendo 8.742 indígenas (45,60%), sendo que 6.978 estão nas aldeias; 85% da
222 força de trabalho é composta por servidores contratados por 3 organizações sociais; 119
223 trabalhadores em cargo efetivo, 191 em regime de contratação temporária da União; 741
224 terceirizado. Sobre as aquisições/contratação de produtos, insumos, serviços, aluguel, disse
225 que é preciso garantir agilidade nos trâmites licitatórios e a simplificação desses processos
226 para a garantia de entrega dos produtos e serviços. Também demonstrou a evolução do
227 orçamento da Saúde Indígena, explicando que foi de R\$ 350,8 milhões em 2011 para R\$ 1.093
228 bilhões em 2014. Todavia, esse aumento de recursos não tem surtido o efeito desejado em
229 relação às ações de saúde e de saneamento nas aldeias. Frisou que o processo de construção
230 da proposta dialoga com as deliberações da 5ª CNSI, realizada de 2 a 6 de dezembro de 2013,
231 com destaques para as seguintes: I Eixo – Atenção integral e diferenciada nas três esferas de
232 governo - SUB EIXO 1.2- Avanços e Desafios na Atenção de Média e Alta Complexidade: 1) O
233 Ministério da Saúde/SESAI deverá garantir, através de legislação específica, uma assistência

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

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

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

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

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

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

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

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

precisam de suporte nesse processo de formação. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** destacou que a oficina foi um momento importante de aprendizado e é preciso dar continuidade. No caso de Santa Catarina, disse que não houve representação porque o Conselho Estadual não custeou a ida. Assim, avaliou que o CNS deve manifestar-se a esse respeito. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que um decreto do governo de Estado de Santa Catarina está inviabilizando o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde. A norma impede o custeio de participação de conselheiros não servidores públicos estaduais em atividades do Conselho. Disse que o CNS deveria manifestar-se sobre essa questão, lembrando inclusive que impediu a participação de representantes de Santa Catarina na oficina. Conselheira **Sandra Régis** explicou que a CISM/CNS está debatendo a proposta de realizar oficinas estaduais e solicitou o apoio da COFIN/CNS nesse processo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a COFIN/CNS mobilizou, para a realização das oficinas, as secretarias executivas dos Conselhos, as coordenações de COFIN estaduais, coordenação de Plenária e integrantes da COFIN/CNS. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** salientou que as oficinas foram produtivas e contribuíram no debate sobre o projeto do país na perspectiva do financiamento da saúde pública, com envolvimento de outros atores sociais nesse processo. Disse que se configurou em um espaço para que os participantes apontassem dificuldades enfrentadas – acesso aos Conselhos Estaduais, comunicação com o CNS, entre outros aspectos – e, por outro lado, as oficinas contribuíram para iniciar a mobilização para construção da 15ª CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que é preciso aprofundar o debate sobre as dificuldades enfrentadas pelos **conselhos no acompanhamento da execução orçamentária, por falta de informações. A respeito da situação de Santa Catarina, sugeriu que os representantes do MS, junto com a representação do CONASS, intermediassem para solução do problema. Conselheiro André Luiz Bonifácio comprometeu-se a mediar a situação, junto com o CONASS.** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** também agradeceu o apoio da SE/CNS e da equipe técnica do CNS na realização das oficinas. Seguindo, o coordenador da COFIN/CNS falou sobre a análise do Relatório Anual de Gestão – RAG. Explicou que o CNS inaugurava, na prática, a Lei nº. 141/2013, no que diz respeito ao RAG. Lembrou que o Relatório foi entregue ao CNS no mês de março de 2014 e encaminhado aos conselheiros nesse mesmo mês. No mês de junho, a COFIN apresentou ao CNS análise preliminar sobre os aspectos orçamentários e financeiros do Relatório. Como encaminhamento, o Plenário decidiu que as comissões analisariam o documento de acordo com as áreas afins até o mês de julho. Todavia, no período definido, as comissões não concluíram as análises e foi definido prazo maior para essa avaliação (até o mês de outubro). Disse que algumas comissões encaminharam as análises do RAG - CIRH/CNS, CIAN/CNS, CIADAIDS/CNS, CISS/CNS – e solicitou que as demais comissões priorizem nas suas pautas de debate a análise das metas qualitativas e quantitativas do RAG.

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA 2015 - Apresentação: Subsecretário de Planejamento e Orçamento/SPO/SE/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**. Inicialmente, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a proposta de PLOA 2015 foi enviada ao Congresso Nacional e não passou por análise prévia da COFIN, por uma série de dificuldades. Disse que a proposta seria apresentada ao CNS e as possíveis interlocuções feitas no Congresso Nacional. Desse modo, sugeriu que as Comissões incluam na pauta a apreciação e análise da proposta. Feitas essas considerações, o Subsecretário de Planejamento e Orçamento/SPO/SE/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**, apresentou a Proposta Orçamentária 2015. Inicialmente, explicou que o Ministério da Saúde pode receber propostas de adequações à Proposta 2015 e fazer articulação com o relator para ajustes. Disse que foi distribuído aos conselheiros material com detalhamento da Proposta Orçamentária 2015 encaminhada ao Congresso Nacional no dia 28 de agosto de 2014. Dada a amplitude, apresentou uma síntese dos principais pontos do orçamento. Começou explicando que a proposta orçamentária para o exercício 2015 adota os seguintes parâmetros macroeconômicos: a) PIB: Variação % anual - 2013: 2,5; 2014: 1,8; 2015: 3,0. Projeção: 3. b) IPCA: Variação % acumulada no ano: 2013: 5,9; 2014: 6,2; 2015: 5,0; Projeção: 5,0. c) Taxa de Câmbio R\$/US\$: média anual: 2013: 2,2; 2014: 2,3; 2015: 2,5; Projeção: 2,5. d) Taxa SELIC (% ao ano): média anual: 2013: 8,2; 2014: 10,9; 2015: 10,7; Projeção: 10,9. Considerando essas projeções, a previsão é a seguinte: Empenhado em 2014 (estimativo): R\$ 91.614,7; Variação Nominal do PIB 2014: 8,32% - R\$ 7.622,3 (crescimento); Piso para 2015 (A + B): R\$ 99.237,0; Pessoal (ativo; benefícios; sentenças/precatórios): R\$ 10.415,9; Outros Custeios e Capital: R\$ 88.821,1. Destacou que a proposta orçamentária 2015, encaminhada ao Congresso nacional, é de R\$ 109,2 bilhões, sendo (Ações de Serviços Públicos de Saúde): Pessoal Ativo: R\$ 9.863.323.821; Benefícios:

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

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

359/13 – 13,2% e PEC 321/2013 – 15%). Com essa deliberação, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Ana Paula Menezes**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Clóvis Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloí de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordecio M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Pedro de Carvalho Pontual**, Secretaria Geral da Presidência República; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sandra Regis**, Associação Brasileira de Delegados e Amigos da Confederação Espírita Pan-Americana (CEPA Brasil); e **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL. *Suplentes* – **Adriano Macedo Félix**, Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **Ana Valéria Machado Mendonça**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Antônio Alves de Souza**, Ministério da Saúde; **Aparecida Linhares Pimenta**, Ministério da Saúde; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José João Lanceiro de Palma**, Ministério da Saúde; **Juneia Martins Batista**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS; **Marcelo Pires de Mendonça**, Secretaria Geral da Presidência República; **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede Unida; **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Marcos Erlan dos Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FARBRA); **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rosângela da Silva Santos**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil – FARBRA; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilén 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 Intersectorial 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: 1ª) 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; 2ª) 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 3ª) 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 de 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

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

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

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

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

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

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

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

dos conselheiros em seminários realizados pelas comissões do CNS, assegurando financiamento do Conselho e solicitou que a Mesa Diretora discuta essa questão. **Demanda para debate na Mesa Diretora do CNS: participação de conselheiros em seminários/oficinas realizados pelas comissões do Conselho.** 10) **Conselheira Andréa Karolina Bento convidou o CNS a participar do Congresso de oncologia**, em São Paulo, no mês de setembro. Acordou-se que será enviado convite aos conselheiros que residem em São Paulo. 11) Conselheiro **Clóvis Bouffleur** registrou que a Comissão da Criança e Adolescente solicita pauta na próxima reunião do CNS para tratar da Política de Atenção à Criança. Inclusive, demandou que a SE/CNS solicite à área técnica o envio do documento ao CNS para debate e deliberação nessa oportunidade. Definidos esses pontos, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Reiniciando, conselheiro **Carlos Alberto Duarte** assumiu a coordenação dos trabalhos para apresentação do texto da minuta de decreto de convocação da 15ª Conferência Nacional de Saúde, reelaborada por ele e pelo conselheiro Clóvis Bouffleur, com base nas contribuições do Plenário feitas no período da manhã. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez a leitura do texto: **“Decreto nº xxx de xxx de agosto de 2014. Convoca a 15ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. A PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no §1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **DECRETA:** Art. 1º Fica convocada a 15ª Conferência Nacional de Saúde com o tema: **Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro**, e com objetivo avaliar a saúde no Brasil, propor diretrizes para a elaboração dos instrumentos federais de planejamento e orçamento em saúde. Art. 2º A 15ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Art. 3º - A definição do processo de avaliação da situação de saúde e a realização das etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde que envolvem a União, Estados, Distrito Federal e municípios constará no regimento que deverá ser elaborado por uma comissão organizadora e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Parágrafo Primeiro – A etapa nacional da 15ª Conferência Nacional de Saúde acontecerá de 27 a 30 de novembro de 2015, em Brasília, DF. Art. 4º As despesas com a organização e realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde correrão por conta de recursos orçamentários consignados ao Ministério da Saúde. Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. Brasília, setembro de 2015. DILMA ROUSSEFF”.

Deliberação: aprovado o texto do decreto de convocação da 15ª Conferência. O documento será encaminhado para as devidas providências. Na sequência, a mesa foi composta para o debate do item 8 da pauta. **ITEM 8 – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA** - *Convidados: Jorge Machado*, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST/SVS/MS; e **Reginaldo Muniz Barreto** - Coordenador de Projetos da Área de Saúde - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). *Coordenação:* conselheiro **Geordecio Menezes de Souza**, Presidente da Comissão Organizadora da 4ª CNSTT. O representante da Comissão de Formulação e Relatoria da Conferência, **Reginaldo Muniz Barreto** do DIEESE, responsável por sistematizar as propostas estaduais e da nacional, fez uma explanação sobre o andamento do trabalho da Comissão de Formulação e Relatoria da Conferência. Lembrou que o processo iniciou-se com a definição dos eixos e subeixos da Conferência e foram elaborados textos orientadores que contribuíram para discussão. Explicou que a metodologia adotada é a consolidação das propostas levando-se em conta a identidade de conteúdo. Recordou que cada conferência estadual pode apresentar 12 propostas e, preferencialmente, mantem-se a redação original das propostas, incorporando conteúdo complementar e/ou contraditório, mencionando os seus estados de origem. Disse que as propostas foram agrupadas em blocos temáticos (descritores - 12), relacionados aos subeixos da Conferência. Explicou que os 12 blocos temáticos orientarão aos diálogos temáticos com o objetivo de contribuir para o aprofundamento da discussão, a partir das propostas das etapas estaduais. Além disso, serão realizados diálogos transversais com o objetivo de discutir temas transversais ou específicos não diretamente contemplados pela Conferência, porém de grande relevância pelos sujeitos/atores protagonistas do controle social. Mostrou um exemplo de sistematização de propostas para explicitar que será possível diminuir o número de propostas (de mais de 300 propostas para 100), possibilitando que todos os participantes da Conferência debatam o conjunto das propostas. Detalhou os temas/descriptores dos diálogos temáticos (oriundos do conjunto das propostas estaduais): a) Desenvolvimento socioeconômico e seus 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
1855 outros); c) Participação e controle social; d) Financiamento da PNSTT, nos Municípios, Estados
1856 e União; e) Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora; f) Organização da atenção à
1857 saúde do trabalhador e da trabalhadora; g) Trabalho nos setores públicos e privados e
1858 interfaces com a saúde do trabalhador (mesa de negociação, precarização do trabalho e setor
1859 público X setor privado); h) Educação em saúde do trabalhador e da trabalhadora; i) Condições
1860 de trabalho, doença e acidente relacionados ao trabalho; j) Produção da Informação em saúde
1861 do trabalhador a partir dos diversos sistemas de informação da saúde e de outros setores; k)
1862 Gestão do trabalho no SUS. Destacou que os dialógicos temáticos antecedem o trabalho de
1863 grupos. Detalhou que são temas dos diálogos transversais: a) Saúde da mulher trabalhadora;
1864 b) Pessoas com deficiência e com patologias: inclusão, permanência e retorno ao trabalho; c)
1865 Saúde mental e trabalho; d) Mesas de negociação/ Negociação coletiva nos setores público e
1866 privado; e) Saúde dos trabalhadores da saúde; f) Saúde e Trabalho no campo, floresta e
1867 águas; g) Proteção Social: os desafios da Seguridade Social/ Reabilitação e retorno ao
1868 trabalho; h) Precarização, informalidade e terceirização no trabalho; i) Desigualdade no
1869 trabalho, populações vulneráveis e racismo institucional (Saúde do trabalhador negro, indígena,
1870 cigano e LGBT, população em situação de rua); j) Fatores da organização do trabalho/Trabalho
1871 em turnos e noturno nos diversos ramos de atividade econômica/ ritmo/ produtividade/jornada
1872 de trabalho/ pausa de recuperação; k) Mortes no trabalho/acidentes de trabalho com óbito:
1873 ênfase na saúde do Trabalhador em transportes e categorias com maior mortalidade no
1874 trabalho; violências e acidentes de transporte/trânsito; l) Produtos químicos, seus
1875 contaminantes e doenças relacionadas ao trabalho/ Produção, Trabalho, saúde e ambiente: o
1876 caso dos agrotóxicos. Destacou que são dois grupos de discussão – diálogos temáticos e
1877 transversais - em momentos diferentes. Finalizando, disse que a Comissão está elaborando
1878 ementas para cada um dos temas dos diálogos temáticos e transversais. Além disso, disse que
1879 foi realizada pesquisa de perfil dos participantes nas etapas estaduais e será realizada
1880 pesquisa de perfil dos participantes na etapa nacional. Em seguida, foi feito informe sobre a
1881 realização da Conferência Estadual de Saúde do Maranhão, última realizada das estaduais,
1882 cujo processo foi acompanhado por membros da comissão organizadora nacional. O
1883 representante do DSAST/SVS/MS, **Jorge Machado**, disse que, após esforços, inclusive do
1884 CNS, a Conferência foi realizada com êxito. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado**
1885 acompanhou a conferência e avaliou como exitosa e fez um destaque ao apoio do CNS no
1886 processo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** disse que compôs a mesa de abertura
1887 representando o CNS e a presença do CNS na conferência foi importante. Destacou o alto
1888 nível de satisfação dos participantes e salientou que a Procuradora do Estado, presente à
1889 conferência, apontou a importância de tratar sobre reabilitação e papel do médico assistente e
1890 do médico perito. Também comunicou que a Universidade de Brasília está realizando
1891 pesquisa, encomendada pelo INSS, sobre adocimento e acordou-se que seria realizada
1892 reunião para debate sobre a previdência social. Por fim, entregou o Livro da Conferência do
1893 Maranhão para conhecimento dos conselheiros. Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza**
1894 explicou que todas as etapas anteriores à nacional foram cumpridas. Em seguida, recordou
1895 que na penúltima reunião do CNS foi aprovada resolução sobre a Conferência, com ajustes no
1896 Regimento Interno. Todavia, nova proposta foi elaborada por conta de outras mudanças. Feitas
1897 essas considerações, passou à leitura da proposta de resolução que trata de aspectos diversos
1898 da 4ª CNSTT. O texto é o seguinte: “considerando o que dispõe a Resolução 494/2013 que
1899 aprovou o Regimento Interno da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
1900 Trabalhadora – 4ªCNSTT; considerando as dificuldades operacionais e climáticas que alguns
1901 Conselhos Estaduais de Saúde tiveram em realizar as conferências macrorregionais e
1902 estaduais realizando-as em períodos posteriores ao estabelecido no regimento nacional;
1903 considerando que a realização de conferências macrorregional e estadual em períodos
1904 posteriores ao estabelecido no regimento nacional prejudicou a entrega do relatório da etapa
1905 estadual e a inscrição dos delegados eleitos para a etapa nacional; considerando que o
1906 regimento nacional não prevê a aprovação na Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador
1907 e da Trabalhadora de Moções de âmbito nacional; considerando que a Comissão Organizadora
1908 Nacional aprovou a realização de uma pesquisa sobre o perfil dos delegados (as) que fora
1909 aplicada com os delegados (as) em várias conferências estaduais; considerando que devido a
1910 questões administrativas a etapa nacional não poderá ser realizada na data previamente
1911 definida; considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde garantir a participação de
1912 todos os estados na 4ª CNSTT reconhecendo as excepcionalidades e a necessidade de
1913 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 traslado 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 traslado 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 CISP. 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 Bouffleur**, 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 **Geordecio 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 **Rosângela 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 **Geordecio 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 **Rosângela 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 **Geordecio 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 Bouffleur**

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