



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de outubro de dois mil e catorze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A 262ª RO teve por objetivos: **1)** Realizar o debate sobre Emendas Parlamentares e as implicações desta para as políticas de saúde. **2)** Informar o processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **3)** Socializar e deliberar sobre as propostas de ajustes à Política Nacional de Promoção da Saúde. **4)** Analisar a conjuntura eleitoral e os desafios para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. **5)** Socializar e deliberar acerca das demandas da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos, com ênfase na aprovação de pareceres sobre abertura de cursos na área da saúde e na reivindicação dos graduados em Saúde Coletiva como integrantes do segmento de trabalhadores da saúde no CNS. **6)** Deliberar sobre pontos relativos à 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, cumprimentou os presentes, verificou o quórum e iniciou a reunião. **ITEM 1 – EXPEDIENTE** - A Presidente do CNS procedeu à leitura dos objetivos da reunião e da pauta. Elogiou a ocorrência de quórum mais cedo do que o de costume, o que demonstra a responsabilidade de todos os conselheiros. Explicou que por causa da legislação eleitoral tiveram que fazer alguns ajustes no item 3 da pauta. Após o pedido de inclusão de informes pelos conselheiros, a pauta da reunião foi aprovada. Em relação às atas, o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, explicou que a ata do 256ª RO e a da 261ª somente foi entregue naquele momento em razão de problemas de saúde da pessoa responsável pela elaboração do documento. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** alegou não ter recebido a ata. A pedido dos conselheiros, a ata da 256ª foi deixada para ser apreciada na próxima reunião juntamente com a da 261ª RO. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** sugeriu que o sistema de atas fosse alterado porque em toda reunião ocorre um problema. Independentemente de problemas de saúde, deve haver alternativa para casos como esse. Lembrou que, em alguns casos, as atas eram aprovadas com três meses de atraso. Frisou a necessidade de criar um sistema para que as coisas voltassem a fluir como no passado, assegurando o envio com antecedência. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** agradeceu o comentário e informou que a mesa diretora está fazendo grande esforço para resolver a situação e buscava a melhor solução, levando em conta as considerações dos conselheiros para superar os problemas apontados. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, complementou que, pela primeira vez no CNS, foram contratadas duas profissionais para elaborar as atas. Por 12 anos, uma única funcionária fora sobrecarregada com esse trabalho e adoeceu. Concordeu com a preocupação sobre a necessidade de encontrar uma saída, mesmo com duas pessoas responsáveis por esse trabalho. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** registrou que seu pedido de informe fora enviado por e-mail em 06 de outubro, onde o item 1 trata da semana da campanha de doação de órgãos em Uberlândia, Minas Gerais, e o item 2 de uma reunião com a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) sobre a Portaria nº 389 de 13 de março de 2014. Foi dado início à apresentação dos novos conselheiros. Apresentou-se a Conselheira **Dulcilene Silva Tiné**, 1ª Suplente da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) e participa pela 2ª vez da reunião. Foi dado início aos informes. O primeiro informe sobre a oficina relativa ao projeto de lei para criação do instituto de saúde indígena. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore** cumprimentou a todos e disse ter sido pego de surpresa na apresentação da criação do novo modelo de assistência à saúde indígena com o instituto mencionado, mas graças ao conjunto dos conselheiros o pleno deliberou que esse seminário se realizasse. Ocorreu final do mês de setembro nos dias 25 e 26 convocando organização indígena e os fóruns, a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena - CISI do Conselho Nacional de Saúde e organizações indigenistas. O seminário foi transparente, coerente e positivo. No dia 24 teve uma reunião das lideranças indígenas para socializar a realização do seminário e o projeto de lei com o novo modelo de atenção e diagnosticaram alguns artigos sobre o conselho administrativo, o qual possui somente três vagas para as organizações indígenas dos 13 membros previstos. As lideranças indígenas consideraram esse número ímpar uma disparidade, e não paridade, e encaminharam propostas de alterações durante o seminário para que fosse trabalhado de forma paritária.

Não soube dizer como isso será incluído no projeto de lei. Perceberam também que não havia participação do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) nesse novo modelo a ser criado para atender à saúde indígena, mas tem expectativa que visualizem o que pode melhorar de fato. O seminário é bem-vindo mas deveria ter ocorrido há mais tempo e ainda existem diversas situações obscuras para serem esclarecidas. Apesar de ter sido questionado pelas lideranças, conseguiu conduzir a mesa de forma pacífica elevando a moral do Conselho Nacional de Saúde. Sua preocupação é a base, a atenção à saúde na aldeia. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** compartilhou que no seminário foi apresentada a minuta do projeto de lei para criação do instituto, o qual, para o governo é uma decisão tomada. Nele o MS complementou as informações e recebeu propostas de modificações e sugestões à decisão já tomada pelo Ministério, informação que não ficou clara na reunião anterior, mas no seminário foi dito. O Conselho precisa, em algum momento, reavaliar como se dá esse processo. Houve trabalhos de grupo para apresentação de considerações. A oficina não decidiu nada, em termos de aceitar ou não as contribuições. Foi mais uma oitiva por parte do Ministério que, a partir disso, poderão fazer adequações ao projeto de lei de acordo com as contribuições apresentadas. Quatro questões foram destacadas na contribuição dos grupos da oficina: os servidores que estão hoje na ativa (cerca de 12 mil) serão inseridos num projeto de transição para serem incorporados de alguma forma. O processo de indicação da presidência desse novo instituto deverá ser por lista tríplice e não simplesmente a decisão da Presidência da República, como previsto no projeto de lei. O terceiro aspecto é que não haja capital privado nesse instituto e toda fonte de recurso seja pública ou de governos e organismos internacionais e não de empresas como estava previsto. O quarto aspecto é que é o controle social, que estava ausente em todo o projeto de lei, fosse inserido para que o instituto esteja sob o controle dos distritos sanitários indígenas. Não soube dizer se as propostas serão acatadas pelo Ministério. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** realizou o informe sobre o outubro rosa e o câncer de mama. Após cumprimentar a todos se disse feliz com o lançamento campanha realizada no dia 1º de outubro a qual continua focando na lei número 12.732/2012 que estabelece o prazo de 60 dias para que o paciente com neoplasia maligna tenha direito a se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. Foi encomendada uma pesquisa a qual demonstrou que a maioria dos estados e municípios não está cumprindo a lei, apresentando várias justificativas, apesar de todo o esforço do Ministério da Saúde em realizar o treinamento. Todavia ainda existe o problema de não lançamento das informações no Sistema de Informações do Câncer – SISCAN. No congresso da ABRAL (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia) foi mencionado que existem muitos problemas com esse sistema. A finalidade da campanha é que a comunidade em geral se envolva e os pacientes saibam e busquem os seus direitos. Lançaram um hotsite onde as pessoas podem postar um vídeo contando sua dificuldade, pois o tempo corre contra o tratamento. Buscam contribuir com os ajustes na relação dos pacientes com os gestores e a finalidade é salvar cada vez mais vidas. No país existem 590 mil novos casos de câncer, 57.120 mulheres serão diagnosticadas no ano de 2014 e 13 mil mulheres irão morrer por câncer de mama. É uma doença que tem cura se diagnosticada precocemente. Ela mesma é uma prova disso. Teve a doença há 18 anos e está aqui lutando por todas as outras mulheres e homens que têm câncer de mama. Sua entidade assume todos os tipos de câncer porque a maioria das entidades associadas tem atendimento para todos os tipos de câncer. As capacitações realizadas nos dias 1º, 2 e 3 de outubro incluíram o câncer de colo de útero posto que a FEMAMA é integrantes da União Latino-americana Contra o Câncer da Mulher (ULACCAM) e irá assumir a presidência da associação no ano de 2015. A Presidente do Conselho Nacional de Saúde palestrou sobre o controle social e a 15ª Conferência Nacional de Saúde nesse evento e todos os participantes ficaram encantados com sua fala. Agradeceu em nome da FEMAMA. Ela representou a todos os conselheiros. Agradeceu o apoio de todos os colegas que desejam que em todas as patologias as pessoas tenham cada vez mais o direito à saúde e tratamento digno. É preciso lutar muito pelo movimento saúde mais 10 porque é necessário ter mais recursos para saúde. Pediu apoio e divulgação da campanha e disse que todas as informações estão disponíveis no site. Quanto mais as pessoas tiverem informação, mais será atingido o objetivo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que estava na pauta de novembro a política nacional de oncologia quando iriam realizar o debate sobre o tema. Registrou que nenhum conselheiro titular apresentou justificativa para a sua ausência nessa reunião, com exceção dos conselheiros que tem acordo de rodízio de representação. Passou para o próximo informe a respeito da política nacional de atenção integral à saúde da criança que seria ponto de pauta na reunião ordinária de outubro em razão da semana da criança. O Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), **Fausto Pereira dos Santos**, justificou que a política nacional de atenção à saúde da criança está sendo discutida desde 2013 com a participação de membros do Conselho Nacional de Saúde, secretarias estaduais e municipais, coordenadoria de saúde da criança de diversas localidades do país em um processo de construção coletiva bastante pujante com cidadãos, profissionais dedicados à área, organizações da sociedade civil, etc. Ao longo deste período ocorreu apenas um problema que atrasou sua elaboração que foi a mudança de ministro e dirigentes no Ministério da Saúde. O processo interno de discussão acabou atrasando e não foi possível vencer todas as etapas internas e no âmbito da comissão

tripartite. Propôs um acordo com o CNS reconhecendo a importância da política no momento para acelerar a tramitação interna com a rede cegonha e as demais redes do ministério se comprometendo apresentar a política na reunião de novembro e enviar o documento para os conselheiros na segunda quinzena de outubro para fazerem uma avaliação prévia. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, questionou se a política de atenção à saúde da criança sai do PAISMCA, programa de ação integral à saúde da mulher da criança e do adolescente, pergunta que deverá ser respondida em novembro quando da apresentação da política. Como coordenador da comissão da criança, Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** esclareceu que houve um diálogo interno na comissão aprovando esse encaminhamento anteriormente acordado com a comissão e com a mesa diretora do CNS. A política foi analisada pela comissão em maio. Há centenas de pessoas interessadas em que a política evolua porque a criança e o adolescente são prioridades na constituição brasileira. Existe hoje no Congresso Nacional uma discussão sobre o marco regulatório da primeira infância e o adiamento da apresentação da política tem a função de alinhá-la com essa discussão para dar a importância devida. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, realizou um encaminhamento sobre a participação do Conselho Nacional de Saúde na assembleia nacional da Organização Panamericana de Saúde que terá como um dos temas o debate sobre cobertura universal de saúde e sistema universal de saúde. Propôs que o conteúdo do debate na assembleia da OPAS seja detalhado no dia seguinte juntamente com o item 6, na presença do secretário da Jarbas Barbosa que representou o Ministério da Saúde nesse ambiente e iniciar o tema no período da tarde no item sobre a agenda propositiva. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** realizou o informe sobre a campanha da semana da doação de órgãos a ser realizada na cidade de Uberlândia. Disponibilizou um vídeo, que pode ser acessado no “youtube” ou no “google docs”, apresentando a conjuntura dos transplantes no Brasil baseado em uma oficina realizada no Conselho Nacional de Saúde em 2010. A questão do transplante expressa preocupação pelo fato de ter alcançado a monta de mais de 800 milhões de reais em gastos no ano de 2013. Existem muitas perguntas do segmento sobre o tema em seu grupo no SNT - Sistema Nacional de Transplantes que trata do monitoramento dessa prática e ela, como representante, nunca foi chamada para participar, e sequer sabe se as reuniões ou o monitoramento estão ocorrendo. Existe uma dificuldade perante a sociedade sobre a morte encefálica e de como fazer a doação de órgãos. As campanhas que estão sendo feitas ainda não resolvem esse problema, o que é está bastante explicado no vídeo. Falou também da reunião com a CGMAC Coordenação de Média e Alta Complexidade sobre a Portaria nº 389 em dezembro de 2013 na qual ficou consignado em ata que esse tema iria para a análise da comissão de patologias o que não ocorreu. Deveria ser realizada uma reunião em março na semana do rim e nessa época conseguiu uma reunião com o coordenador que lhe pediu um documento para a realização de uma campanha de prevenção das doenças renais. Esse é o objetivo da campanha para que as pessoas não terminem uma máquina de diálise ou dependendo de um transplante. Os questionamentos continuam com relação à citada portaria e a reunião restou em resultados insatisfatórios. Segundo um documento da ABCDT - Associação Brasileira dos Centros Dialise e Transplante, a portaria não foi implementada devido à falta de coordenação do Ministério da Saúde com os gestores municipais e prestadores e, principalmente, devido à falta de sustentabilidade financeira do projeto. Os prestadores de serviço só falam em aumento e por isso não se sente contemplada em representar o conselho nacional saúde num monitoramento que é previsto a cada 6 meses. Pediu ao conselho que crie um GT com a participação do gestor, profissional e usuário para verificar esse questionamento sobre a portaria em que os prestadores colocam como pré-regra para a atenção básica doente renal. O Conselho tem que assumir a questão porque a negociação não está avançando, não conseguem de forma nenhuma chegar às pessoas e a única forma trazer os prestadores para saber se isso de fato vai ocorrer é por meio do conselho porque depende das clínicas. Afirmou não estar contemplada com monitoramento e que o Conselho deve interferir porque envolve dois bilhões e meio de reais sem medicamento, sem consulta e sem internação. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, solicitou a todos que toda vez que citarem uma sigla procedam à explicação de seu significado. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** deu o informe sobre o 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem a ocorrer em 28 a 31 de outubro de 2014 no Hangar Centro de Convenções da Amazônia em Belém/PA discutindo, entre outros temas, a participação da enfermagem brasileira na 15ª Conferência Nacional de Saúde, atendendo a um dos encaminhamentos da plenária do Conselho Nacional de Saúde para que as entidades pautem este evento. A Associação Brasileira de Enfermagem realiza este evento há 66 anos em caráter consecutivo e tem reunido mais de quatro mil trabalhadores de enfermagem, estudantes e docentes de todo o país e, com a abertura dos programas de pós-graduação para a área interdisciplinar, também conta com a participação de profissionais de outros campos do conhecimento que têm discutido e trabalhado a questão do cuidado no desenvolvimento da pesquisa de ações extensionistas de programas de ensino. A associação por meio da nova diretoria, comandada pela professora Ângela Maria Alvarez, da Universidade Federal de Santa Catarina, reservou um espaço para o Conselho Nacional de Saúde distribuir seu material informativo sobre suas ações, assim como para os conselheiros que desejarem divulgar os materiais de suas entidades e da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Afirmou ser bem vinda a indicação por parte do CNS de representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores para

participar do evento. Foi enviado um convite para a Presidente desse Conselho participar da sessão de abertura, uma oportunidade ímpar que esse ano terá como novidade a participação do Comitê Internacional da Cruz Vermelha e do Conselho Internacional de Enfermeiros com sede em Genebra, Suíça com a presença na mesa de abertura de sua Presidente, Dra. Judith Shamian. No dia 28 de outubro, às 18 horas, ocorreria a sessão de abertura, que seria mais um ato político e de apresentação do tema central do evento: o protagonismo das ações de cuidado na atenção à saúde e a participação da enfermagem nesses cuidados. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** pediu que fosse registrada em ata a entrega do ofício nº 10/PRESIDÊNCIA/RJ da Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil - FARBRA para que a Mesa Diretora do CNS tenha acesso às suas reivindicações por escrito. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** parabenizou a Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR pela oficina realizada no Rio de Janeiro na qual esteve presente em 18 e 19 de setembro que primou pela organização e qualidade, sendo de grande valia e muito aprendizado. O outro informe foi sobre o relatório de demandas do lúpus no Brasil, um tipo de doença reumática que possui uma associação específica brasileira filiada à Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR, a Associação Brasileira Superando Lúpus, que fez um panorama do que vem acontecendo com o lúpus no país. Disponibilizou o documento para leitura posterior por parte dos conselheiros e pontuou aspectos importantes como ampliação de usuários do segmento de reumatologia na câmara técnica de reumatologia a fim de garantir maior representatividade. Atualmente só há um usuário nessa composição, na média e alta complexidade, não contemplando as demandas desse segmento. Deixou claro que há quase um ano não existe reunião dessa câmara técnica tornado em inviável trabalhar assuntos pontuais. Convidou, com anuência do pleno, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Novas Tecnologias, na figura de Rosângela, para que esclareça esses pontos na próxima reunião da CIPP, nos dias 11 e 12 de novembro, levando este tema para apreciação e trazendo informações sobre as necessidades data liberação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas a pessoas com lúpus e o mesmo ocorra no âmbito do rol de procedimentos da área ANS por meio de Ana Costa, sua representante na CISS (comissão intersetorial de saúde suplementar) no papel da saúde suplementar das pessoas com lúpus. Essas lacunas estão cada vez maiores e as respostas não vêm. Óbitos estão ocorrendo por falta de operacionalidade, de demanda reprimida sem solução. afirmou que não pode se calar e ficar omissa a essa situação. O Pleno tem ciência do que está acontecendo, pois ele vem falando continuamente e atitudes não estão sendo tomadas. Pediu a compreensão de todos. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reafirmou a importância dessa pauta em novembro com bastante densidade e lembrou que a Secretária Adjunta da SAS é conselheira e estava presente. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** lembrou que na RO anterior ele e o Conselheiro Eni Carajá Filho fizeram a denúncia da situação vivenciada em Belo Horizonte com a intervenção da gestão no processo eleitoral do Conselho Municipal de Saúde desta cidade. O pleno designou a constituição de uma comissão que ainda não foi realizada e pediu que isso fosse feito. Tomou a iniciativa de levar o ocorrido ao Ministério Público que fez a devida apuração e constatou as irregularidades, inclusive com a criação da figura da Secretaria de Gestão Compartilhada que vem acompanhando os conselhos na tentativa intervir no conselho municipal. O Ministério Público, com a instauração de inquérito civil cuja cópia será encaminhada a todos os conselheiros, determinou no dia 3 que num prazo de 10 dias Conselho tomasse as medidas para sanar as irregularidades ocorridas, tais como a substituição de conselheiros que representavam usuários e tinha um cargo de gestão e uma nova eleição com data marcada para o próximo dia 9, quinta-feira, tentar corrigir os problemas encontrados e estabelecer novamente critérios para a eleição da mesa diretora. Entendeu que o Conselho Nacional deve acompanhar situação pelo avanço e o papel fundamental que tem o Conselho de Belo Horizonte, um conselho da capital e do quanto ele contribuiu para o avanço do controle social. Colocou-se, juntamente com o Conselheiro Eni Carajá Filho, à disposição para fazer o acompanhamento junto com o ministério público e trazer o relato ao CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** argumentou que não há deliberação no item de informes e indicações e pediu que no dia seguinte fosse novamente tratado do tema para indicar os conselheiros que iriam acompanhar a situação do CMS de Belo Horizonte. Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** fez o informe sobre a o primeiro Encontro Nacional da Organização Nacional de Cegos do Brasil a partir do dia 28 de outubro com foco nos jovens e o objetivo de trabalhar novas lideranças no movimento de cegos no país. A ONCB tem feito um esforço em âmbito regional e agora ampliou para o nacional. O evento não foi pensado somente com a perspectiva política, mas traz como eixo a questão da saúde tendo em vista que se entendeu ser fundamental levar para o debate sobre a possibilidade de participação política direta e o direito de acesso dentro do SUS. Nesse eixo serão trabalhadas questões relacionadas à gênero e isso será um salto de qualidade muito grande para o movimento porque a participação deve dar com maior intensidade também nos conselhos municipais, sendo um desafio essa ampliação. Iria acontecer em João Pessoa/PB e convidou a todos para participarem. Informou que seria transmitido pela internet pediu para que seja divulgado quem tivesse interesse buscasse maiores informações no site <http://www.oncb.org.br>. Conselheiro **Júlio Cesar Figueiredo Caetano** registrou a falta recorrente de medicamentos imunossupressores para transplantados, especialmente no estado da Bahia que informa que o MS não repassou o recurso da A

Associação de Amparo a Pacientes com Câncer (ASAPAC) e por isso não fornecem os medicamentos. Isso é um descaso e uma coisa grave pois quando consegue o transplante há uma luta grande em razão da omissão do Ministério da Saúde e do estado da Bahia. Os transplantados estão passando por uma situação lamentável e recorrente, já que há nove meses faltam esses medicamentos. O Ministério culpa o estado e esse, por sua vez, culpa o MS. O paciente corre o risco de perder o seu órgão. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** encerrou esse item e pauta e recebeu o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, para dar início ao próximo item da reunião. **Deliberação: Aprovada a pauta da 262ª RO. As atas da 256ª e da 261ª ROs deverão ser aprovadas na próxima reunião para que os conselheiros possam ler com atenção. Além disso, foi definido que a Política Nacional de Atenção à Criança e ao Adolescente será apresentada na reunião de novembro.** Passou-se ao próximo item da reunião. **ITEM 2 – EMENDAS PARLAMENTARES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE - Apresentação: Arthur Chioro**, Ministro de Estado da Saúde; **Ana Paula Menezes**, Secretária Executiva/MS. **Coordenação: Conselheira Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou a importância do tema que exige participação popular e no congresso nacional muitas vezes está dissociado dos planos e programas e do próprio processo de estruturação do SUS. O MS apresentaria uma proposição e o momento de discutir essa questão felizmente coincidiu a aprovação pelo CNS em setembro da LOA/2015 que colocou como responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde o estabelecimento de diálogo com o Congresso Nacional a respeito dos ajustes que entender necessários um indicador da dificuldade temporal do conselho pra ele fazer um debate mais aprofundado. Traz instrumentos fortes para o controle social intervir nessa fase de construção do orçamento da saúde. A equipe da Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério teve um encontro com os Secretários municipais e estaduais e já pensaram um processo de construção de como ser mais efetivo e os atores vinculados ao SUS poderem ter uma interferência mais positiva no processo de elaboração e construção das emendas da saúde, já que elas são grande parte das emendas apresentadas pelos parlamentares. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, cumprimentou a todos, presentes e todos que acompanhavam a reunião. Fez considerações iniciais sobre a apresentação a ser feita pela Secretária Executiva do Ministério da Saúde e explicou o motivo desta proposta ser enviada ao Conselho Nacional de Saúde. Como a maior parte dos conselheiros nacionais de saúde foram conselheiros municipais ou estaduais, em algum momento viveram a angústia de lidar com as emendas parlamentares e destaques de uma parte do orçamento a partir da indicação do parlamento, sejam vereadores, deputados estaduais ou federais e senadores, e muitas vezes, percebeu que aquele convênio, transformado a partir de uma emenda, deixou um saldo pouco organizativo para o sistema ou que muitas vezes acabou indicando uma prioridade que estava absolutamente descoladas das prioridades locais, regionais e estaduais. Não é incomum e sua experiência como ministro comprovou que se viva a situação de um provedor de santa casa, secretário municipal, prefeito ou governador pedir ao ministro uma verba para construção reforma ou aquisição determinado objeto e quando levantam os convênios descobrem determinado valor destinado a um objeto que não prioridade da gestão e o fez apenas em razão do convênio. Não é incomum o parlamentar fazer contato com o Secretário de Planejamento, o próprio prefeito ou provedor da santa casa informando a destinação de determinado valor, muitas vezes desarticulado do plano diretor daquele hospital público ou santa casa (porque hospital privado não pode receber emenda) para construir uma unidade em uma região que não precisa ou o plano municipal ou estadual de saúde não indicam a necessidade da unidade. Isso não acontece como regra. Em muitos casos, a emenda de fato se destina a um projeto estratégico prioritário, a um recurso de investimento ou de custeio que tem a ver com as necessidades do SUS. Desde a primeira vez em que foi secretário de saúde, em 1993, esse é um tema recorrente no CONASEMS, no CONASS, nos conselhos estaduais e municipais, onde todos os anos se discute a importância de dar maior direcionalidade aos recursos. Lembrou uma situação onde o conselho municipal tinha divergências com uma determinada santa casa porque ela negava atendimento ao SUS e, mesmo assim, recebia recursos de convênio, o que acarretava perda de potência e organização do sistema. Quando fez parte da equipe do Ministério no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva com o Ministro Humberto Costa coordenou a área de atenção especializada e sentiu na pele o quanto boa parte do orçamento para investimentos e programas é desorganizado por essa razão. Em seu discurso de posse apontou que essa seria uma das mudanças estruturais das quais conversou com a Presidenta Dilma Rousseff: construir um mecanismo pactuado com os gestores municipais e estaduais (precisa ser assim) para conseguir uma coisa parecida com o que o MEC - Ministério da Educação já faz, guardadas as devidas proporções. O parlamentar ao fazer uma emenda no MEC não inventa programa novo, ele insere no conjunto de políticas que estão estabelecidas no plano nacional de educação tem a ver com os programas prioritários daquele ministério. Ele tem autonomia, mas ela é dada dentro da política nacional de educação e o recurso não é o utilizado como fator de desorganização. Conversou durante o ano com várias comissões do Congresso Nacional sobre o assunto e há um entendimento de que isso poderá trazer uma melhor organização na utilização das emendas no sentido de fortalecer os sistemas locais e regionais e as prioridades do Sistema Único de Saúde. A apresentação a seguir já é fruto do trabalho desenvolvido internamente no Ministério da Saúde, dialogada com secretarias municipais através do CONASEMS e com os secretários estaduais através do CONASS no sentido de apresentar uma proposta

que conduza a uma utilização mais qualificada que potencializa a utilização das emendas do ponto de vista do fortalecimento do sistema de saúde. Construíram a proposta de uma forma sedutoras aos parlamentares, para que quando ele indica recursos para uma prioridade ela já foi trabalhada nas instâncias do SUS, compreendida como uma prioridade que tem a ver com as regionais de atenção à saúde, os planos municipais e estaduais. Ela já vem indicada de fato como algo que contribuirá para a organização do SUS e da avaliação técnica que o Ministério da Saúde faz em transformar uma emenda num convênio objetivo que libere recursos. A proposta tem o caráter de uma mudança organizativa que procura dar direcionalidade sem mudar o que está no jogo nas relações entre poder legislativo e o executivo, a utilização de parte do recurso do orçamento destacada por emendas parlamentares. Não compete ao Ministério entrar no mérito da questão, e sim verificar como utilizar da melhor maneira esse recurso. A Secretária Executiva do MS, **Ana Paula Menezes**, iniciou a apresentação da metodologia proposta para construir um cardápio com a característica de não ser elaborado pelo Ministério da Saúde, mas que virá das secretarias de saúde a partir de uma participação dos secretários municipais e estaduais. A proposta foi construída porque a parcela das emendas individuais comporá orçamento da saúde da União em 2015. Sempre existiu emendas e é preciso orientar seu uso. Em 2003/2004 organizaram um livro no fundo Nacional de Saúde, ainda muito inicial, com algumas explicações orientando a aplicação das emendas. Ela busca o fortalecimento da política nacional de saúde por meio da indução de demandas regionais priorizadas e pactuadas e garanti a maior integração entre planejamento federativo e emendas individuais. O MS coordena, junto às secretarias estaduais de saúde e COSEMS a captação de investimentos prioritários regionalizados com o objetivo de aumentar a efetividade das emendas individuais em ações e serviços públicos de saúde, orientando-as a projetos pactuados interfederativamente. Apresenta um cardápio de projetos prioritários oferecido aos parlamentares, a quem cabe a alocação de recursos via emenda. É importante reforçar a ideia de que é um outro poder: poder legislativo e executivo não podem interferir reciprocamente, mas esse seria um bom exercício de integração dos dois poderes. O conjunto de critérios para seleção dessas prioridades foi proposto e discutido juntamente com o CONASS e o CONASEMS. O primeiro e mais relevantes é o da conclusividade, as obras iniciadas devem ser concluídas, pois já recebeu destinação de recurso público, e ainda que não tenha recebido, é importante que o esforço coletivo dos entes conclua o dispositivo, seja ele um hospital, uma unidade básica, ou uma UPA. Deve-se destinar as emendas a projetos que deem funcionalidade a investimentos já realizados/em execução; aquisição de equipamentos para funcionamento de unidades e nova etapa de obra em andamento ou conclusão de etapa ou de obra. É possível que a construção de um hospital tenha um valor maior que o possível de ser orçado naquele ano e é fundamental assegurar a continuidade desse projeto que já começou. O segundo item é a aplicação em projetos incluídos no planejamento das redes regionalizadas de atenção à saúde. A rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede psicossocial, programa viver sem limites devem fazer parte do elenco de prioridades para onde o parlamentar pode destinar sua emenda. O terceiro critério são outras ações prioritárias (vigilância, formação, complexo produtivo...). É comum prefeitos e secretários desejarem construir centros de zoonose e não recurso previsto para isso. Esse é um exemplo de atividade a ser financiada com as emendas. Além desses critérios para investimento é importante destacar que agora é permitido que se utilize recursos das emendas para o custeio. Eles podem ser usados na complementação de recursos de custeio às transferências regulares, para atender a uma necessidade específica no exercício em que a emenda será transferida. É fundamental uma discussão nas comissões intergestoras bipartites e nos conselhos regionais para ter a dimensão de onde pode ser aplicado. A emenda é anual e se deve lembrar que não pode custear para sempre, mas suprir uma situação extraordinária de necessidade ou déficit no orçamento, resolvendo um problema pontual daquele ano. Caberá aos secretários de estado e municipais a indicação dessas prioridades. Não será mais uma demanda direta das unidades de saúde ou dos filantrópicos, devendo ser negociado, pactuado e acordado no nível regional. As vantagens são importantes porque o executivo não tem nenhum poder de imposição e nem tem essa intenção, mas sim de estabelecer mais uma ferramenta de negociação do SUS. Por isso devem ser apresentadas algumas vantagens aos parlamentares para que escolham as ações contidas nesse cardápio. São elas: investimentos previamente priorizados; pré-análise da proposta pelo MS; fonte complementar de recursos para projetos iniciados; menor tempo para conclusão dos projetos; solução para problemas relacionados a recursos de custeio. A possibilidade do recurso ser liberado é de 100%. Isso irá aguçar o paladar dos parlamentares pela proposta. Na segunda quinzena de novembro começa as negociações para as emendas, indo até a primeira semana de dezembro, quando ele tem que indicar a emenda. A primeira indicação é muito genérica. O detalhamento é feito no ano seguinte com esse cardápio, a equipe técnica do ministério da saúde já faz uma análise prévia de mérito e no ano seguinte, quando terá que indicar a emenda, ela já estará priorizada e analisada. O recurso sairá com maior rapidez e agilidade. A injeção de recursos nessa obra já iniciadas faz com que ela seja concluída mais rapidamente e o parlamentar poderá participar da inauguração juntamente com o prefeito. Essas são as vantagens. Foi feito um levantamento de todas as demandas existentes no Ministério da Saúde com uma análise do que está nos planos estaduais de saúde, os quais não trazem tanto o componente de investimento. Mesmo assim, eles foram revisitados, juntamente com as Coordenadorias

de Atenção e Promoção à Saúde – COAPS, para ver o que tinha de investimento e tudo relacionado ao planejamento das redes e outras demandas que chegaram ao Ministério da Saúde, seja via gabinete do Ministro, via SAS, secretaria executiva, etc. Montaram um banco preliminar chamado de “matéria prima” para ajudar. Conversaram com o CONASS e COSEMS sobre coisas que podem orientar a discussão local sobre as prioridades. Algumas questões que acontecem no município não são possíveis observar no plano federal. Obras iniciadas com recursos, por exemplo, do Rotary Club, e que não são terminadas. Por isso é possível que os Secretários municipais e estaduais incluam prioridades para com por esse cardápio. A indicação dos investimentos será feita da seguinte forma. Os projetos podem ser extraídos do Banco Preliminar do MS ou incluídos por SES e COSEMS; Devem ser classificados de acordo com um dos critérios citados (podem atender simultaneamente a mais de 1 critério); Serão priorizados todos os projetos de conclusividade para obras do Banco Preliminar/MS (apenas 66 projetos em todo o Brasil); Além disso, projetos por Estado - total de priorizações equivalente a duas vezes o número de regiões de saúde (referência para o teto de propostas); Piso de 10 propostas para não deixar nenhum município em desvantagem, a exemplo do Acre. Diretriz: equalizar prioridades por regiões de saúde. Colocar muitas propostas não prioriza nada. Por isso há um limite. As prioridades são anuais, assim como as emendas. Esse ano, em razão do curto prazo, será feito da melhor forma possível e aprimorado a cada ano para buscar a melhor forma possível de investimento. Apresentou a tabela por estado dos projetos iniciados não concluídos. Deu o exemplo de Pernambuco que pode apresentar ainda 24 projetos e mais o 6 já pactuados na lista de prioridades. Apresentou os papéis definidos para cada ator. GT Tripartite Atenção + Gestão: Pactuação da proposta. Ministério da Saúde: fornece banco preliminar de projetos, originado de: pleitos/projetos com cadastro no MS; propostas que demandam complementação orçamentária. SES e SMS/Cosems: elegem prioridades a partir do banco preliminar e da indicação de projetos. O banco reflete muito as necessidades locais, mas nem tudo que está lá é prioridade. Por isso eles podem incluir as prioridades. CIB: formaliza lista de projetos e envia ao MS (Resolução CIB); Cadastra projeto priorizado. Isso protege os secretários porque não indicam sozinhos as prioridades que são pactuadas na CIB. Informações que devem constar da Resolução CIB: Município; Região de Saúde; Entidade beneficiada; Valor de referência; Rede/Programa; Componente; Resumo Objeto; Informações para cadastramento de projetos (abrir cadastro – senha CIB no sistema do MS). Isso já estará identificado na matéria prima. Os SES só precisarão identificar os novos projetos. O cadastramento é simples pois a primeira análise é de mérito e ainda não tem projeto detalhado. Se liberado, entra no sistema do FNS para uma análise mais densa numa etapa posterior. Apresentou o Cronograma: 22/9 – pactuação da proposta no GT Tripartite; 30/9 – Reunião para apresentação de metodologia às SES e aos Cosems; Outubro- apresentação no CNS; Até 10/10 – Validação Conass e Conasems; 10/10 a 14/11 – priorização/cadastramento dos projetos e envio ao MS pelas CIBs; A partir de 17/11 – parlamentares visualizam prioridades; A partir de dezembro – Início da pré-análise pelo MS; Janeiro de 2015 – Apresentação dos Resultados Parciais no GT Tripartite e para as bancadas. Os parlamentares apresentam as propostas na segunda quinzena de novembro. Por isso essas datas. Haverá uma reunião com a SRI para definir como será a conversa com os parlamentares. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** elogiou a concentração do plenário na apresentação do tema e passou para a manifestação dos presentes. **Manifestações:** O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a todos e almejou que esse mecanismo a ser criado do banco de projeto seja a construção de um embrião de um processo ascendente de construção da saúde que consta na legislação. Que no plano nacional de saúde o conselho possa ter a proposta de inclusão de investimentos em controle social via emendas parlamentares para ampliar os investimentos na infraestrutura dos conselhos municipais pelo país. Há dois anos propôs no plenário, durante a discussão do orçamento, a destinação de 6 milhões de reais pela gestão estratégica e participativa objetivando o envio de mil reais por cada ente da federação para todos os conselhos municipais totalizando 3 mil reais. Talvez não tivesse feito no município de São Paulo mas em cidades pequenas, como no Amazonas, para um conselho municipal que não tem investimento algum, pode fazer a diferença. O dinheiro foi para orçamento mas não receberam o retorno de como esse processo se deu. Soube extra oficialmente que nada disso aconteceu. O Conselho fez uma tentativa simbólica, na época de fazer um investimento num aspecto do SUS que não é assistência, é participação social. O momento hoje no congresso talvez não seja o melhor para fazer isso, mas registrou sua proposta. A política de educação permanente para o controle social no SUS dá todo o amparo de como pode se dar essas questões. Ressaltou que o ebola é uma epidemia que o Ministério e o Conselho devem tratar, apesar de saber que já estão em andamento várias discussões, mas é necessário o debate porque esse processo pode ser um complicador até o final do ano com a questão das férias. Sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde, afirmou que para serem garantidos os 15 milhões de reais existentes no orçamento do próximo ano é preciso convocá-la ainda esse ano e até o momento não foi publicado o decreto de convocação. Perguntou se há um esforço para assiná-lo. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore** saudou os presentes e internautas, parabenizou a apresentação e afirmou ser novidade discutir esse assunto dentro do subsistema, sendo possível avançar independentemente da política. Agradeceu a construção das unidades básicas de saúde nas aldeias. Lembrou que os 34 distritos aumentarão para 36 e questionou por que o Mato Grosso não consta na apresentação da proposta. Pede para sensibilizar o secretário de saúde local porque existem muitos

indígenas precisando desse benefício e para que o índio, a índia e a criança indígena sejam inseridos nesse pacto. O Conselheiro **Júlio Cesar Figueiredo Caetano** parabenizou a iniciativa do MS que considerou importante e pediu esclarecimento porque em São Paulo a Comissão Intergestora regional tem um papel fundamental antes de chegar na CIB em talvez pela dimensão do país, estranhou sua ausência e apoiou a proposta do Conselheiro Clovis Adalberto Bouffleur. A maioria dos CMS não têm recursos para funcionar e o gestor não prioriza o orçamento para o funcionamento dos conselhos que, por consequência, não fiscaliza nem participa da política. Informou ser representante do movimento de hepatites virais, por meio da Aliança Independente dos Grupos de Apoio (AIGA), o qual está muito ansioso aguardando a incorporação dos 3 novos medicamentos sem uso do interferon após aprovação da ANVISA para ir à consulta pública. São milhares de pessoas aguardando essa situação. O Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** cumprimentou a todos e parabenizou a apresentação. Preocupou-se com as prioridades e pediu que fosse inserido no orçamento do Ministério práticas integrativas e complementares em saúde, praticamente inexistente. Em sua região estão discutindo emendas para essa área dos fitoterápicos e plantas de medicinais e não gostaria que uma emenda nesse viés fosse vetada no Ministério. As terapias alternativas existentes e práticas integrativas precisam ser valorizadas pelo MS. É preciso mudar a lógica da saúde e o orçamento não aponta pra isso, mantendo a velha prática da alopatia, hospital e médicos. Estão preocupados com doença e é preciso investir para promover saúde. Práticas integrativas e complementares são o melhor caminho para buscar e cuidar da saúde da população brasileira. É de fundamental importância valorizar destinando recurso a elas. Os municípios estão colocando em prática mas lamentavelmente a Política Nacional de Saúde não olha e não valoriza suas práticas que tanto melhoram a saúde da população brasileira quanto reduzem custos para os governantes. Isso em razão das interferências deixando a PNS calcada em hospital e medicamento alopático que, cada vez mais, prejudicam a saúde da população. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou valer a pena valorizar esse esforço porque nem o Congresso Nacional cumpre o papel de planejar emenda parlamentar e não se faz controle sobre sua execução, não tem transparência e, em nome da autonomia do legislativo, o dinheiro público fica sem fiscalização e a população sofrendo. O problema que vê na apresentação é que continuam com a luta para que as emendas parlamentares não compoñham o orçamento da saúde. Está claro que o governo está preocupado em qualificar, assim como o CNS, mas sua posição é que são bem vindas essas metodologias, desde que não incorporem o orçamento da União. Essa é a luta do movimento Saúde + 10 e a movimentação no Congresso Nacional para os próximos anos. A proposta ajuda a diminuir a desigualdade regional quando foca as regiões de saúde, outra conformação do SUS, sobretudo nas regiões rurais na Amazônia, na região nordeste. Há uma concentração de investimentos na saúde onde já tem bastante e, mesmo que haja critérios, não vê tão claramente o enfrentamento dessa desconcentração investimentos. Não tem muito controle sobre isso mas é preciso que seja dito: o poder dos governadores, dos prefeitos, mesmo que haja uma pactuação na CIT, na CIB e na CIR, passa pelas negociações políticas partidárias. Desejou que se consiga realmente fazer muita pressão com o controle social para fazer vingar essa proposta porque os acordos são também, às vezes, para além dessa capacidade que os secretários municipais, estaduais, ou próprio Ministério têm de acordar a implementação das emendas. Fez referência às áreas de carência como saneamento básico. A FUNASA tem hoje quase 300 por cento de aumento de emendas parlamentares, no período mais curto, nos últimos 3 anos. Isso mostra a incapacidade do município em planejar determinadas ações de saúde, uma delas é saneamento, e a maior parte da execução de obras de orçamento não é apresentado a partir de planos do município, e muito mais a partir de conversas estabelecidas, como através de emenda parlamentar. Isso já é uma proporção muito grande e realmente não se vê, até hoje, o impacto desse investimento no saneamento. A educação é um grande exemplo a se trazer como referência, mas tem um processo muito diferenciado do da saúde. Primeiro, porque a educação aprova um plano decenal de educação, debate no Congresso Nacional, constrói a partir das conferências com ampla participação popular dos setores. A saúde está aprovando planos para 4 anos nas três esferas e esse exercício precisa casar, como foi a fala inicial do conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, de pensar planejamento de saúde a médio e longo prazo e não só 4 anos que são os 4 anos de governo. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** saudou a todos e reforçou o que foi dito pelos que lhe antecederam. Parabenizou a apresentação e afirmou que o governo acertou ao trazer esse tema ao Conselho Nacional de Saúde. Em que pese sua fase inicial de participação como conselheiro titular, não se recorda de ver nos anais do CNS de uma discussão desse nível. Embora seja uma tentativa inicial, já é um avanço considerável. Trazem o desafio de qualificar e criar uma metodologia para um processo complexo como ficou claro na reunião que tiveram com CONASS e CONASEMS. Estão aprimorando processo, olhando para o espaço em que ele é definido mas muito pouco explorado: as regiões de saúde. Isso não significa apagar o município, mas muito pelo contrário, reforçar a ideia de que existem diferenças num país com a dimensão do Brasil com 5570 municípios, 437 regiões de saúde. O volume de projetos e programas que são pensados sem a lógica das políticas elaboradas nesse Conselho ao construir um Plano Nacional de Saúde acarreta em correr sempre atrás de mais recursos e nunca dar condição desse recurso ser utilizado da maneira mais adequada. O Ministro acerta ao vincular uma leitura de necessidades regionais com projetos legítimos dos parlamentares. É esse diálogo que deverá ser

construído daqui para frente devendo ser aprimorado com a sociedade. Isso terá que ser construído, se não for agora, pela necessidade, deverá ser apoiado depois. Os conselheiros têm um papel fundamental nesse processo. Concordeu que deverá ser discutida uma linha de recursos que empodere e qualifique o controle social. Porém deve ser reconhecido o investimento dos últimos anos no processo de qualificação do conselho. Muitos projetos foram iniciados, como o programa de inclusão digital, um forte processo de capacitação de conselheiros, a transferência fundo a fundo da política participa SUS, uma das poucas nesse ministério que não tem um caráter de construção de levantamento de parede, mas na qual o dinheiro que vai para os estados e municípios e ajuda a qualificar o debate na política. Não é à toa que hoje se tem 100% de municípios com relatório de gestão explicitado num sistema de transferência eletrônica transparente, o SARGSUS que não existia há 5 anos. Hoje qualquer brasileiro pode acessar o sistema e ver a prestação de contas, o que está fazendo com que o Tribunal de contas da União, do Estado e os órgãos de controle tenham uma transparência maior. Em conversa com a Presidente da UNASUS ela expressou estar feliz, como auditora, em ver que estão entrando numa linha de articulação entre metodologia de emenda e gestão de recursos. Isso para a ação de quem acompanha as contas públicas também é importante. Precisa fortalecer essa proposta e construir a metodologia com os conselhos de saúde em todo o Brasil, um processo de acompanhamento que fortalecerá muito mais a ideia aqui colocada. O Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou a todos e à mesa e disse que essa é uma proposta inicial que qualificará a gestão e é preciso ter uma proposta de planejamento para o país e o SUS está organizado para isso. Ela é o primeiro passo e depende de articulações com o controle social e com o parlamento, e pode não ser a melhor por ser a primeira e será aprimorada junto com o controle social e com o legislativo. Apoiou a proposta do Conselheiro Clovis Adalberto Boufleur para qualificar recursos financeiros para a área do controle social. Lembrou ao Ministro que na Lei nº 141, art. 3º, a área da educação é investimento, que não se reduz mais a equipamentos e obras. Por isso é preciso investir nos trabalhadores e nos gestores, sendo possível designar emendas para educação permanente porque isso está na lei. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou à mesa e aos internautas assistentes sociais que assistem à reunião em tempo real. Salientou o valor da contribuição do corpo técnico do Ministério da Saúde e demonstra uma preocupação em monitorar os processos em que vivem. Nessa proposta dialogam com outro poder, o legislativo, e nesse momento vivem uma mudança nesse parlamento e o prazo de proposição inicial, ainda que até o início de dezembro, poderá envolver alguma troca. Acompanhou as propostas apresentadas pelos parlamentares sobre a academia da saúde e nem por isso foram contempladas. Perguntou se esse bloco está no monitoramento feito, por serem muitas e perguntou como pensam em trabalhar isso com os novos. Disse ser preciso dialogar com o 3º setor porque eles exercem forte influência sobre os parlamentares. É preciso conciliar para que o controle social em todos os municípios seja capacitado para acompanhar o processo das emendas parlamentares. Perguntou como isso chega à população do Amazonas, porque a escolha não passa pela população e o CNS pode ajudar porque tem acesso aos conselheiros de todo o Brasil. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** parabenizou o Ministro da Saúde e sua equipe que desde sua posse assumiu o compromisso de ver no Conselho Nacional de Saúde como um ente nacional e não federal, pertencente à estrutura do Ministério ao trazer para esse espaço de debate as diferentes iniciativas de buscar o fortalecimento do SUS. Isso não foi apresentado antes porque precisou do diálogo dos envolvidos já que o SUS não é do MS, nem do poder executivo, mas sim da sociedade e do Estado brasileiro. Portanto, a articulação entre os poderes para o processo de desenvolvimento tem que ter espaços de negociação, lógica e sentido, até porque boa parte do regramento e alterações normativas desse sistema de saúde foi desenhado pelo Congresso Nacional. Essa iniciativa deve ser aplaudida, principalmente num momento estratégico como esse de mudança de quase 40% nessa casa. Isso pode ter um resultado muito positivo porque deixa registrado uma forma bastante avançada de pactuar. Destacou que nesse desenho, embora esteja na cronologia a apresentação no controle social, ela deveria ter maior destaque e ser mais ampla nas próximas edições, porque ainda está bastante tímida, talvez pelo fato de não existir conselho regional e a região de saúde ter um papel central. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, comentou em tom jocoso que é necessário fazer um investimento em educação permanente com os deputados sobre o que é o SUS. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** saudou a todos exclamou que finalmente começaram a olhar que existe uma moeda de troca das emendas parlamentares que apareciam para a sociedade na base política dos partidos com uma conotação. Um sistema público de saúde que precisa de recursos, como se tem debatido enormemente no CNS com a defesa da aprovação de destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde e encontram dificuldades porque os interesses de grupos entram na ordem do dia das emendas. A partir do momento em que se tem um planejamento de como esses recursos podem ser destinados efetivamente às prioridades das demandas de saúde no Brasil, isso demonstra que o papel que o SUS induz na qualificação do uso dessas receitas públicas. Com a Lei de Acesso à Informação é preciso dar mais transparência também a essa fonte de aplicação de recursos. Por isso seria interessante incluir nessa proposta o monitoramento do cumprimento dessas emendas, que não observou no conjunto das propostas, e caso esteja previsto, pediu que fosse explicado como se daria. Um canal importante seria o da transparência pública da gestão com a disponibilização do número da emenda e o nome do parlamentar, dando visibilidade aos parlamentares

que estão comprometidos efetivamente com a pauta do SUS e o eleitor poderia fazer seu juízo de valor sobre seu candidato que cumpriu ou não a carta de intenções na defesa desse sistema. Outro ponto que considerou relevante foi o monitoramento não só para saber se está sendo cumprido ou não uma determinada obra, mas que os auditores do Sistema Único de Saúde possam ter um papel fundamental no controle da aplicação do recurso. Também considerou importante um diagnóstico pelo Ministério da Saúde das obras inacabadas e projetos inconclusos iniciados com emendas porque muitas vezes se faz uma projeção de envergadura política da presença daquele projeto, mas o resto não aparece e a obra não consegue ser concluída e encontram no meio do sertão uma UPA sem nenhum trabalhador, mas a emenda já foi aplicada e já houve benefício eleitoral da construção naquele local. O Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, fugindo do tema da mesa, não pôde perder a oportunidade de falar ao Ministro sobre um cartaz do MS e do SUS que trata de disfunção da articulação temporomandibular. Ele diz que a disfunção da ATM é uma anormalidade da articulação temporomandibular e/ou dos músculos responsáveis pela mastigação. Enumera alguns sintomas e, ao final, diz em negrito: “atenção: apenas o médico pode diagnosticar doenças, indicar tratamento e receitar remédio”. Trata-se de cartaz educativo do ministério da saúde cujo conteúdo foi vetado do ato médico. Perguntou se o ministro tinha conhecimento do cartaz, por que ele estava circulando daquela forma, e afirmou que em sua opinião afronta terrivelmente todas as outras profissões da saúde. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, comentou que houve uma concentração durante a apresentação por parte dos conselheiros que a assistiam. Isso se deu pela intensidade e inovação da proposta, e como ela poderia inovar no cotidiano e, por tudo isso, parabenizou o Ministério da Saúde. Quando se abre o leque de discussão e percebe uma metodologia atualizada, dialoga com 3 poderes: o executivo, o legislativo e o povo por meio do controle social que aguarda uma melhoria em saúde. Questionou onde colocar o controle social nesse processo. O CONASS, que participa desde o primeiro momento, ficará com o encargo de reproduzir a apresentação para os 27 estados da federação e o CONASEMS tem o papel de repassá-la aos 5.500 municípios. Elogiou a disponibilização dos dados das obras e projetos inacabados por estado, sendo de grande valia à população e perguntou como isso será trabalhado junto ao parlamento. Concordou com as sugestões anteriores de realizar uma capacitação com os congressistas pois, não só os novos, os antigos também não sabem como isso funciona. É preciso mostrar que o projeto importante para o SUS deve ter continuidade, independentemente do partido que encaminhou a proposta. A população nunca recebeu uma programação dessas. Ela permitirá cobrar o andamento dos investimentos. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** relatou a preocupação de grande parte dessas emendas privilegiarem a filantropia (OS e OSCIP) e não a primazia da gestão pública que deveria ser reforçada. Corroborou com a fala anterior sobre a disfunção temporomandibular que é realmente tratado de forma multiprofissional por ter origem em várias áreas. Trouxe a necessidade de os parlamentares também conhecerem as diretrizes das conferências nacionais de saúde já aprovadas e o Pano Nacional de Saúde (PNS), inclusive com a inserção de rubricas específicas de políticas (como a de práticas integrativas e complementares de saúde) porque existem muitas emendas sem consonância com o que é aprovado pelo controle social nesses espaços, e a preocupação com o que é executado no relatório de gestão que também muitas vezes está dissonante com o que foi aprovado no PNS. Demonstrou preocupação com a pactuação feita em razão da transição de bancada. Fez a seguinte citação: “não existe caminho que leve à felicidade, a felicidade está no caminho”. O que o controle social quer é caminhar juntos, de mãos dadas e não adianta querer isso sem que o outro saiba quais são os pleitos do controle social. Ao final pediu que Deus abençoasse a todos. **Retorno da mesa.** O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, destacou que o silêncio e a atenção constatarem que esse debate é muito qualificado e trata de um tema muito delicado e tem que ser tratado com muita seriedade porque lidam na dimensão da relação entre dois poderes (institucionalmente assim, apesar do comentário que incluiu a sociedade). O que se tem hoje em dia é uma utilização das emendas como instrumento de destaque do orçamento para execução de investimentos e de custeio que não deixam o saldo organizativo com o qual poderiam contar. O que não pode desqualificar que uma parte das emendas são boas e articuladas com prioridades regionais identificadas a partir dos planos municipais e estaduais. Não se pode generalizar. É preciso lembrar que tudo isso está definido em lei, portanto, o congresso tem autonomia para identificar e destacar as emendas parlamentares de forma individual, definindo o valor, a cada ano, que cada parlamentar poderá indicar. Deu o exemplo de pode acontecer de um parlamentar destinar 7 milhões de reais para construção de um hospital de 120 leitos em uma cidade de 3 mil habitantes, mas a área técnica do ministério deverá ter o desgaste de explicar ao parlamentar que um hospital de 120 leitos não cabe em um município desse porte, a não ser que fosse um hospital regional apresentado pelo estado porque depois haverá o custeio desse hospital. Outro exemplo muito comum na área da saúde mental é a apresentação de emenda para investimento na ampliação de ou reforma de um hospital psiquiátrico. A lei da reforma psiquiátrica indica claramente que o modelo de saúde mental brasileiro é outro e o investimento deverá ser em CAPS ou residência terapêutica. As áreas técnicas em algum momento irão negar a aplicação do valor nessa ação e isso gera um grande desgaste político. Deu o exemplo concreto de um problema como a indicação de investimento para ampliar a UTI da Santa Casa local ou aumentar o centro cirúrgico quando isso não é prioridade no planejamento regional, e essa instituição mal dá conta de custear o que já possui e recebe

625 dinheiro para aumentar investimento que impactará no custeio. Esse desalinhamento é que precisa ser
626 enfrentado. Há 2 coisas que não se pode mudar em hipótese alguma: que o parlamentar que decide
627 onde irá investir (claro que se não estiver tecnicamente justificado não dá certo), e a lei determina que as
628 emendas podem ser destinadas tanto ao público, quanto ao provado sem fins lucrativos. Para não
629 privilegiar o filantrópico em relação ao público teria que mudar a lei, o MS não tem essa prerrogativa. Não
630 pode fazer mais do que a lei permite. Quem indica a emenda nesse ano de 2014 é o parlamentar que está
631 cumprindo o mandato, sendo indiferente que ele saia no fim do ano. Ele tem o direito e raramente abre
632 mão de fazer a indicação, assim como o que tomará posse em 2015 também poderá fazer em seu último
633 ano de mandato. É muito comum que um deputado do mesmo partido ou da mesma região assuma a
634 emenda para que ela não fique sem prioridade. Realçou o processo de planejamento ascendente que não
635 é só um sonho, mas está na própria Lei Orgânica da Saúde. Na verdade há um movimento em dois
636 sentidos. Na medida em que tem a conferência nacional de saúde que indica diretrizes (não detalha), o
637 PNS detalha um pouco mais as diretrizes, mas num grau de indicação sem especificar como será feito na
638 ponta. Desde a gestão do ministro Padilha estão dando continuidade às determinações do PNS que vem
639 da última conferência. Por isso é tão importante fazer a discussão do planejamento do ano de 2015. A
640 conferência tem um papel político muito importante, mas também tem um papel do ponto de vista
641 organizativo de traçar as grandes diretrizes do sistema nacional de saúde, inclusive indicações para a
642 relação público-privada. O MS e o CNS têm um papel extremamente importante, mas deve ser combinado
643 com o movimento que vem dos municípios, regiões e estados. Quando foi secretário municipal de saúde
644 levou a proposta de plano municipal para discutir na conferência de sua cidade, traçando-o dialogando
645 com as diretrizes nacionais do SUS e com as demandas locais de prioridade de investimento combinadas
646 com os outros movimentos de orçamento participativo municipal, PPA, etc. A dinâmica de construção dos
647 orçamentos sempre vai combinar o que nasce da base com as grandes diretrizes nacionais, inclusive para
648 não permitir que determinadas políticas fiquem esquecidas e sem espaço porque são esquecidas na base
649 por serem responsabilidade do governo federal. As políticas de inclusão tipicamente precisam de garantia
650 de indicação clara em âmbito nacional para virem combinada para acontecerem. Afirmou não ver
651 problema algum do investimento no fortalecimento do controle social. A rubrica orçamentária define
652 investimento e custeio de forma que a educação permanente é caracterizada como custeio. A mesma
653 coisa deve ser aplicada ao controle social (equipamento é investimento e capacitação é custeio). Mas isso
654 não importa porque as duas possibilidades estão previstas na legislação. A conferência nacional de saúde
655 de 2015, que deve ser precedida das estaduais e municipais, muitos municípios podem identificar como
656 prioridade de aplicação de recursos. Em relação ao ebola, propôs que o tema fosse encaixado para
657 discussão ainda nessa RO ou numa próxima, a critério do pleno, na fala do Secretário Jarbas Barbosa.
658 Afirmou ser uma situação preocupante, cuja estruturação do plano de contingência é tarefa na qual o MS
659 está bastante centrado e de intervenção. Foi tratado como tema prioritário na assembleia da OPAS assim
660 como na assembleia da ONU. O decreto de convocação da 15ª Conferência Nacional de Saúde já foi
661 elaborado pelo MS e encaminhado com indicação de prioridade para a Casa Civil para assinatura pela
662 Presidenta Dilma Rousseff visando desencadear logo todo o processo. Está dependendo apenas de
663 oportunidade para assinatura em razão do momento político em que se vive. O subsistema de saúde
664 indígena entra no orçamento da SESAI e pode se beneficiar dos equipamentos de referência para o SUS
665 e também para os povos indígenas, a exemplo de um hospital, ambulatório especialidade na região, e
666 tranquilizou os representantes da saúde indígena pois a CASAI e a unidade de saúde indígena estão
667 destacados em outro elemento. Sobre o papel da CIR, do colegiado e da CIB explicou que a CIB é uma
668 instância que só delibera quando os colegiados regionais discutem, sendo a CIR o espaço privilegiado de
669 discussão, inclusive porque se trabalha com a dimensão regional. Sobre os medicamentos para hepatite
670 C afirmou estar sendo muito pressionado pelos movimentos (o que é papel dos movimentos sociais) e que
671 no último seminário o Secretário Jarbas Barbosa, com sua autorização se manifestou claramente que
672 estão trabalhando pela incorporação, mas enquanto Ministro não pode atropelar a CONITEC nem a
673 comissão técnica da ANVISA. Tudo leva a crer que irá ocorrer, a análise econômico-financeira feita, a dos
674 protocolos e dossiês, a avaliação da equipe técnica do Ministério. Havia conversado na véspera com os
675 representantes desses órgãos e foi informado que o pedido de registro de um dos medicamentos entrou
676 em agosto, e por mais que já tenha pedido prioridade, não pode atropelar as instâncias técnicas porque
677 tudo que é feito dessa forma desmoraliza o sistema de saúde brasileiro. Disse ter certeza que o
678 movimento dos pacientes com hepatite C é muito sério, luta muito por sua causa e saberá aguentar a
679 ansiedade desses meses necessários e afirmou não poder abrir um precedente enquanto Ministro para
680 não ficarem depois à mercê dos lobbies de mercado e jogo de pressão dos laboratórios. O movimento
681 social tem o papel de pressionar e o dirigente deve saber lidar com ela para fazer as coisas de forma
682 correta. Esclareceu que haverá situações semelhantes em relação a outras tecnologias e medicamentos,
683 e o CNS precisa ser um espaço de blindagem. Contou que seu irmão é portador de uma doença crônica e
684 estava fazendo tratamento experimental no protocolo em um dos principais hospitais públicos do Brasil e
685 sua irmã, médica psiquiatra, acompanhou porque ele tem muita dificuldade de ambulação. Enquanto ela
686 estava na sala de espera foi abordada, juntamente com a esposa de outro paciente, pelo advogado da
687 empresa que ofereceu seu cartão e a documentação para ingresso na justiça contra o governo do estado

de São Paulo para garantir o fornecimento do medicamento porque o tratamento experimental fornece a droga durante 45 dias. Afirmou que esse jeito de fazer incorporação tecnológica em um medicamento que está em fase experimental avilta a sociedade, os paciente, os usuários e é um jogo que precisa ter um fim, sendo fundamental fazer as coisas de forma correta. Explicou não haver dificuldade em trabalhar com fitoterápicos e outros medicamentos desde que eles sejam priorizados dentro da política nacional de assistência farmacêutica. Pediu para a Secretária Executiva do MS, Ana Paula Menezes, detalhar um pouco mais, e relatou que a partir de que a emenda vira convênio ela entra no sistema de controle e monitoramento feito pelo SUS, CGU, MS, Sistema Nacional de Auditoria. Só é preciso guardar a memória que o convênio tem origem na emenda. Ela não tem um sistema especial. Segue o mesmo rito do convênio e só no Brasil existe a situação em que um poder destaca como será usado o orçamento do outro poder. Isso tem a ver com as práticas políticas do Estado brasileiro e acha interessante não perder a memória do que é o convênio, mas os órgãos de controle continuam agindo. O fato de ter estados que não aparecem ou a desigualdade, não se pode considerar essa análise porque tem estados que concluíram as obras e não estão na lista por mérito e não por falta de investimento. A tabela são de obras em curso e ganham prioridade para receber investimentos. Ressaltou que duas questões devem ser bem avaliadas. A primeira delas é a relação com os governadores e os prefeitos que é tão delicada quanto a relação com os parlamentares que não está concluída. Fez a sinalização da proposta em uma reunião com as comissões e todos eles acenaram achar interessante, mas na hora que chegar a proposta haverá problema, por isso é necessária a negociação. Ela pode ser lida como uma interferência na autonomia do legislativo, o que não deseja. Por essa razão foi dito que ainda é uma tentativa inicial pois será necessário um processo de aperfeiçoamento dessa negociação (frizando mais uma vez essa palavra) com o congresso trazendo vantagens para eles como simplificação do processo, agilidade na liberação e na avaliação, para trazê-los a aderirem. Se eles decidiram colocar o dinheiro em outra ação continuarão podendo. A legislação não impede. Por isso é um processo de negociação, uma tentativa de sedução. Um dos passos seguinte é fazer uma reunião com as entidades prefeitos. Algumas têm boa relação com o CONASEMS e outras não. Mas o prefeito sofre na pele muitas vezes o fato de receber uma emenda para algo que não deseja e não tem recursos para uma coisa que queria. No caso dos governadores, tanto os que estão saindo, quanto os que se elegeram agora, precisam ser chamados para um diálogo. O governador que ganhou a eleição agora, com essa grande renovação, já costuma indicar para bancada do seu estado (tanto de senadores quantos deputados) os investimentos prioritários. Esse é o momento, mas a conversa essencial é com a comissão de orçamento da câmara dos deputados e do senado federal. Este ano uma parte importante das emendas foram para a FUNASA, e continuarão assim. É necessária uma garantia, neste caso, de que os investimentos apontados como emendas de orçamento estejam contidos no plano nacional de saneamento que hoje é uma obrigação. Muito embora a maior parte das emendas não conte com ação em serviços de saúde não é ruim que se identifique recursos do orçamento para a área de saneamento básico, até porque ela é decisiva na qualificação da saúde da população. Concordou com a compreensão do SUS como política de estado ressaltando, todavia, uma relação autônoma entre os poderes. Um dos temas que deseja priorizar e trazer para discussão no Conselho Nacional de Saúde é a judicialização que envolve os poderes executivo, legislativo, judiciário, ministério público, conselho nacional de justiça, setor privado e a sociedade como um todo porque é uma discussão de direitos, políticas públicas e da ocupação ou não da agenda pública pelos interesses privados. Isso deverá ser trabalhado garantindo o direito das pessoas. Sobre o cartaz que trata da disfunção da articulação temporomandibular informou que o cartaz oficial do Ministério da Saúde ele está disponibilizado no site do Ministério e diz "Atenção: se você suspeita que é portador de DTM procure um cirurgião dentista especialista em DTM/dor orofacial". Disse acreditar que o cartaz mencionado pelo conselheiro Gerdo Bezerra de Faria é falso (um "fake") e o que está disponibilizado no site do ministério apresenta a inscrição acima mencionada. Até mesmo a imagem é diferente. É preciso entender o que está acontecendo porque a expressão questionada é absolutamente incoerente. Prometeu que a responsável pela política de saúde bucal dentro do Ministério iria verificar a ocorrência e dar a resposta ainda naquela data. Não é difícil colocar a logomarca do ministério em qualquer lugar. A Secretária Executiva do MS, **Ana Paula Menezes**, agradeceu a oportunidade de fazer essa apresentação e acrescentou às respostas do Ministro duas questões fundamentais. A primeira é a riqueza do processo, que não foi iniciado antes porque o ótimo é inimigo do bom. Às vezes as instituições têm receio de começar porque não é ótimo. Estão começando com um bom porque o ideal é que é isso que hoje corre em paralelo esteja incorporado nos planos municipais, estaduais e nacionais de saúde. O controle social estará efetivamente opinando sobre quais são as prioridades de investimentos. Esse movimento que se faz hoje é de trazer para dentro da estrutura de priorização o que corre ao largo e o sonho, mais na frente, é de que isso entre no processo de planejamento ascendente, desde o plano municipal até o plano nacional de saúde. Do ponto de vista do monitoramento e do acompanhamento é exatamente que foi colocado pelo Ministro. Ao ser convênio ou transferência via caixa econômica passa a ser mantido em todas as regras dos órgãos de fiscalização e controle, do DENASUS, controle social. A regra é comum, seja emenda parlamentar ou não. O que corre por fora hoje é a seleção da prioridade, mas depois o controle é comum a todos os investimentos realizados no SUS. Agradeceu mais uma vez disse que estão

encaminhando um processo e que a sugestão de provocar os estados para fazer essa apresentação nos conselhos estaduais de saúde é muito boa. Quando colocou o prazo de 10 de outubro até 14 de novembro foi exatamente para se dar a discussão nas regiões de saúde, a partir dos colegiados regionais para validar e construir as prioridades a partir do CIR porque a região de saúde que fará a grande protagonista na definição dessas prioridades. Mas cada estado terá seu formato. Podem, por exemplo, chamar todos ao mesmo tempo para uma reunião extraordinária. Não irão interferir no modus operandi na ponta. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, informou que existem vários conselhos estaduais presentes e apresentação ficaria disponibilizada mas ficaria um compromisso de, à medida em que os conselhos pautarem, também o ministério possa sugerir um técnico para ir até lá fazer a discussão política da proposição. Ao que a Secretária Executiva do MS, **Ana Paula Menezes**, se colocou à disposição. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, deu início à despedida do Secretário Executivo Márcio Florentino e recebeu o novo ocupante do cargo José João Lanceiro de Palma de Palma. O Ministro da Saúde, **Arthur Chioro**, relatou que desde sua chegada ao ministério Márcio Florentino apontou-lhe a definição de tomar outro rumo profissional onde viverá uma experiência a qual inveja muito. O sul da Bahia vive sob a liderança do professor Naomar, talvez um dos mais importantes profissionais do campo da saúde coletiva, entre os pensadores, um processo de formação de profissionais da saúde absolutamente inovador, encantador. Conheceu o projeto e teve a oportunidade de ir até lá como ministro e ele realmente é muito sedutor. Sabia que seria muito difícil segurar o Márcio Florentino, não só por se tratar de um lugar apazível de se viver, mas de um projeto, de fato, muito diferenciado. Poucos profissionais docentes tem na vida a oportunidade receber uma proposta tão fascinante. Entendeu a dificuldade que ele vinha tendo em decidir sair em um ciclo de atividades tão importante, às vésperas da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a convocação e organização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, mas ao mesmo tempo atendeu ao seu pedido para que prorrogasse por mais tempo sua permanência no Conselho. Apesar do pouco tempo de convivência agradeceu pelo seu importante trabalho e reconheceu que ele é uma pessoa que goza do carinho, respeito e admiração de todos. Disse que será uma grande dificuldade substituí-lo, uma tarefa de todos os conselheiros e trabalhadores do Ministério que compõem a equipe do Conselho Nacional de Saúde, porque entre uma reunião e outra tem muito trabalho a ser feito, todo o processo de organização, comunicação liderado pelo secretário executivo, ainda mais nesse período de preparação da 15ª Conferência Nacional de Saúde, porque acumula todo o funcionamento regular do conselho, que não para, acrescentando essa tarefa extremamente exigente. Teve certeza que ele não está saindo para fugir dessa empreitada, até porque ele vai continuar nela com seu compromisso com o controle social e o SUS de continuar participando. Agradeceu do fundo do coração sua enorme contribuição. Indicou para substituí-lo o Conselheiro José João Lanceiro de Palma de Palma, um companheiro médico sanitário de São Paulo que milita no controle social e nos movimentos populares. Estava há muito tempo trabalhando no Ministério, com quem trabalhou nos 2 anos e meio em que esteve nesse órgão anteriormente. É uma pessoa extremamente dedicada, irá trabalhar bastante e contar com muito apoio da Neide Rodrigues e de toda a equipe e tem certeza de que darão continuidade ao belo trabalho que o Márcio Florentino desenvolveu ao longo desse tempo. Agradeceu profundamente e asseverou que a Bahia, a universidade e seus alunos ganham muito, mas que ele continuará trabalhando pelo Conselho no próximo período. **Márcio Florentino** relatou ser esse momento emocionalmente difícil e a decisão foi gestada pela implicação que significava uma mudança de vida. Está deixando a Universidade de Brasília que é importante no cenário nacional para encarar um novo desafio importante para o país de construir a Universidade Federal do Sul da Bahia que traz na sua essência a possibilidade, pela primeira vez, de ter uma universidade de caráter mais popular. Nesse sentido está se somando aos professores Naomar e Boa Ventura, que já esteve presente no conselho, e estão construindo por lá um projeto com apoio do MS desde a época do Ministro Alexandre Padilha e também do Ministro Chioro, onde continuam participando junto à 15ª Conferência Nacional de Saúde e o controle social, sua agenda de estudo e de trabalho, com a fundação de uma escola de participação popular onde irão trabalhar junto com os movimentos que atuam no controle social e dar uma contribuição efetiva para ir qualificando cada vez mais esse processo e trazer a discussão do controle social para dentro da universidade, não como algo periférico, mas como algo central na perspectiva dessa dimensão de uma universidade que tenha compromissos sociais e de transformação na região onde atua e no país. Deixou seu agradecimento muito especial a cada um dos presentes, a começar pelo Ministro, pelo seu apoio e compreensão nesse período de transição pessoal e profissional que está vivendo. Agradeceu profundamente à Presidente do CNS, que considerou uma parceira. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, entregou-lhe um buquê de flores em nome de todos representando seu carinho e amizade. **Márcio Florentino** contou que a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, tinha a intensão de fazer seu doutorado e cuidar das netas e ele lhe aconselhou a postergar para enfrentar a batalha que é a presidência do CNS, momento em que esse encontro os fortaleceu. Disse que ainda têm muito a construir. Sua indicação ao cargo teve um caráter político e acadêmico. Agradeceu ao ex-Secretário Luiz Odorico Monteiro de Andrade que agora é deputado federal, quem o convidou para estar à frente da Secretaria e o próprio ex-Ministro Alexandre Padilha com quem compartilhou muitos momentos dessa construção. Também a Neide Rodrigues e toda equipe do Conselho porque, de fato,

isso foi o seu pós-doutorado, um imenso aprendizado. Tudo que estudou sobre controle social em sua tese de doutorado pôde viver na prática nesse período de dois anos e meios que trabalhou no Conselho. Hoje tem muito a dizer sobre o controle social e pela universidade poderá continuar contribuindo com esse processo, inclusive na construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Ele irá juntamente com o Professor Antônio que todos conheceram no processo de planejamento e ambos possuem um compromisso de continuar ajudando a SE/CNS e todos os conselheiros no processo de construção da Conferência. Isso também é um vício e eles gostam muito da atividade. Colocou-se à disposição em Porto Seguro/BA para quem precisar de alguma coisa e fez uma piada para descontrair. Pediu desculpas, mas precisava sair pois estava com a mudança no carro para ir naquela tarde. Foi muito aplaudido.

Manifestações: A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** confessou ter um pouco de vontade de viver a experiência que Marcio Florentino vai viver e disse que em Santarém está tendo uma experiência semelhante. Ao mesmo tempo gostaria muito de que ele continuasse no Conselho sem deixar de viver essa experiência. Falou em nome da mesa diretora e quicá em nome do plenário por ter tido a oportunidade de conhecê-lo, com tantas características peculiares e um perfil que caiu como uma luva para o Conselho Nacional de Saúde. Um Secretário Executivo que não só fazia esse papel, mas era um pensador, um profissional muito bem formado, que ajudou a formular questões. Ao mesmo tempo uma pessoa educadíssima e controladíssima que podia estar nervoso mas não alterava sua voz. Um grande mediador de tensões. Por isso não poderia deixar de aproveitar esse momento para dizer-lhe que o admira muito e que ficou muito feliz em conhecê-lo e, ao mesmo tempo, acolher a chegada do José João Lanceiro de Palmade Palma. Registrou que o Ministro Arthur Chioro uma vez você falou ser um desafio substituir o Ministro Alexandre Padilha e acredita que ele está com esse desafio agora, sem colocar nenhuma dificuldade, mas reafirmando que tentarão manter o Marcio de alguma forma ainda no CNS. Desejou-lhe felicidades e sucesso na nova empreitada. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** registrou em nome de sua entidade o agradecimento e a honra de ter convivido com ele, o que foi um aprendizado. Não gostaria de perdê-lo, mas o que o Brasil e ele têm a ganhar com essa nova empreitada é um projeto muito maior. Disse que ele ficará sempre em seus corações. Em relação à CIRH, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, registrou seu agradecimento pela presteza e presença. Sempre que a comissão precisou ele estava lá, na formulação dos documentos e encaminhamentos. Foi um trabalho, além de eficiente, efetivo e a afetividade é o que o marca em sua memória e o deixa para sempre entre eles. Que vá com deus mas não se esqueça de todos. O Conselheiro **Marcelo Pires de Mendonça** expressou ser uma pena os representantes da Secretaria Geral da Presidência da República estarem chegando justamente quando Márcio Florentino está saindo. Falou em seu próprio nome, pela amizade que construíram nesse período, e também em nome de Pedro de Carvalho Pontual, do secretário Paulo Roberto Martins Maldos, e do próprio Ministro Gilberto Carvalho. Alguns aspectos importantes a serem observados com muito carinho em todo esse período é o compromisso que ele tem com esse espaço, muito além de um conselho, um espaço de debate onde se exercita a democracia plena e participativa, onde se vê usuários e trabalhadores se colocarem, exercitando, de fato, a democracia que tanto se almeja para o país. E que isso fortaleça. Sua erudição, seu aspecto acadêmico, sua coerência e sua teoria engrandecem o CNS e a Secretaria Executiva. Disse ter aprendido muito com ele nesse aspecto. O romantismo com que encara alguns desafios, a utopia presente em si e que faz falta a tantas outras pessoas e que consegue imprimir em alguns outros que tanto necessitam. Sua coerência em tratar, viver e trabalhar pelo CNS sabendo da diversidade política e ideológica existente. É um aspecto revolucionário. O que ele entende por participação social e o quanto isso é importante para o país. Quando se diz que a SGPR se empenha tanto em ter uma política nacional de participação social, um dos aspectos é ter em cada conselho nacional um secretário executivo com seu perfil e asseverou que, apesar de conhecer pouco José João Lanceiro de Palma de Palma, tem certeza que ele conseguirá lhe substituir à altura para o bem do CNS e da participação social. A Conselheira **Ana Maria Costa** parabenizou o Márcio Florentino por essa decisão a seu favor, e afirmou que apostar em si mesmo é um sinal de sanidade mental. Foi a escolha mais coerente com sua trajetória e a que mais atrai a todos porque esse projeto em que está se engajando é maravilhoso e o permitirá participar de um processo revolucionário na educação das profissões da saúde nacional. Se disse muito feliz com essa escolha e lembrou que ninguém é insubstituível, embora seu trabalho tenha sido exemplar e digno dos maiores elogios. Estava triste em perder um amigo em Brasília pois sempre gosta de encontrar as pessoas pela rua e prosear, trocar impressões sobre o mundo, mas longe dessa tristeza também sabe que o amigo está muito feliz por lá. Saudou José João Lanceiro de Palma de Palma, quem já conhece e teve a oportunidade de trabalhar junto e sabe o grande compromisso que ele tem com a democracia, a participação popular, práticas participativas e tem certeza que poderá ser um braço importante para o Conselho Nacional de Saúde. Deu viva à vida e às boas escolhas. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** disse ser desnecessário fazer elogios e tratar toda sua história de vida profissional e pessoal. Agradeceu a oportunidade que ele deu a cada um de compartilhar essa luz que só seres especiais podem trazer, mesmo não tendo uma aproximação muito alta, pôde perceber uma luz que aconchega e quer trabalhar junto, crescer e fomentar. Desejou-lhe toda a luz do mundo e garantiu que ele será feliz em sua nova empreitada. A José João Lanceiro de Palma de Palma disse que ele está chegando em uma instância

iluminada, com toda a sorte do mundo e todos estão de braços abertos para lhe receber e lhe ajudar e trabalhar junto e fazer um fomento maior porque acredita que juntos são fortes. A Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** agradeceu ao Márcio Florentino porque considerou que provavelmente foi um das que mais incomodou no sentido pedir correções de rumo ou informação ampla para que esse conselho fosse mesmo igualitário e se surpreendeu com seu jeito quieto e afetivo de ser e sua capacidade de organização quando já tinha as respostas para suas questões mapeadas, controlando suas reuniões e uma série de coisas que demonstram uma competência para além daquilo que é anunciado. Um jeito próprio de ser. agradeceu a acolhida que sempre teve. Cada mudança que a pessoa sofre assusta um pouco porque tem que fazer novos vínculos. Nesse momento perdem uma pessoa queria e ganha outra que já conhecem um pouco e saudou José João Lanceiro de Palma de Palma. Não esqueceu de Neide Rodrigues, porque é muito importante a cada novo processo garantir quem já é a âncora. Muitos mudaram desde 2007, quando começou a acompanhar o CNS. Dialogar com quem já conhece é fundamental. Os novos são bem vindos e oxigenam a organização mas é importante o processo de continuidade. Tiveram melhor organização até porque a mesa diretora instalada em 2012 deu uma nova forma de se organizar e se comunicar dentro do CNS. O processo aconteceu de forma muito saudável. Foi lembrada que está na comissão de trauma e violência e na de patologia e agradeceu pelo apoio que têm recebido e pelos técnicos que os têm ajudado e essa grande orquestração que tem ocorrido. Desejou que vá com Deus. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** corroborou a fala da conselheira Ana Maria Costa cumprimentando-o pela decisão. Tiveram pouco contato mas fez questão de falar porque no tempo em que foi presidente de um conselho o papel da secretaria executiva para o sucesso do trabalho foi decisivo e seu envolvimento, e de sua equipe, deram todo o suporte para que os conselheiros pudessem trabalhar com maior qualidade possível e para que a presidente do CNS e a mesa diretora tivessem sucesso. Além de todos os aspectos pessoais é imperativo ter pessoas desse nível produzindo conhecimento na área do controle social. Sempre afirma nos espaços em que participa que o papel da equipe técnica e da secretaria executiva é decisivo e transformador para que possam qualificar a dimensão técnica e ética do controle social. Se disse muito feliz em saber que terão na academia um espaço novo e privilegiada sendo conduzido uma pessoa de seu gabarito produzindo conhecimento e espera que poder acompanhar tudo o que tem sido feito. Colocou sua organização à disposição para contribuir com a produção de conhecimentos e suas reflexões. Agradeceu em nome da Comissão Intersetorial da Pessoa com Deficiência posto que, além de sua qualidade profissional, se mostrou um grande líder colocando todo o time para trabalhar e tiveram todo o suporte na comissão na pessoa da Maria Camila Faccenda. Desejou-lhe sucesso e encontrá-lo em breve. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, disse que o amava e adorava porque o amor é uma coisa que ele construiu naquele espaço, o que é uma coisa bonita. Vivem uma nova direção do Conselho Nacional de Saúde com a Conselheira Maria do Socorro de Souza presidindo-o e as pessoas que ela levou para ajudá-la. Quando ele chegou era um menino tímido e ainda o é porque essa é a sua forma de ser e com isso passa conhecimento e amor. Existem pessoas no Conselho Nacional de Saúde que perpassam direções e presidências. Uma parte delas está sentada assistindo à reunião e outra parte do lado de fora trabalhando. A presidência precisa preparar melhor e dar todo apoio porque sem eles o conselho não anda. A competência de Neide Rodrigues é conhecida por todos. Ela resolve todos os problemas. Parabenizou-a por ser uma pessoa muito bonita nesse processo que às vezes fica um pouco nervosa, mas com esse jeito soluciona todas as questões do CNS. Desejou boas vindas ao Secretário José João Lanceiro de Palma e que possa contribuir também para que todo o Conselho possa crescer. O Conselheiro **Edmundo Dzuaiwi Ômore** deixou uma mensagem em nome de sua organização para essa pessoa que tanto se dedicou e pediu que ele leve cada vez mais a imagem e a luta dos povos indígenas para academia para que tenham mais parceiros como ele, tão brilhante, generoso, paciente e calmo. Parabenizou a Neide Rodrigues e agradeceu a chegada de José João Lanceiro de Palma de Palma e confessou estar preocupado em não haver continuidade do processo da 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A semente que Márcio Florentino plantou naquele espaço leva a luta de todos os segmentos ali representados. Em nome de todas as lideranças indígenas aclamou seu acompanhamento da questão indígena. Agradeceu e desejou-lhe sucesso e que leve essa mensagem para que o futuro transformador da academia tenha o horizonte e o novo patamar desse país tão sonhado. Disse ter sido um prazer tê-lo conhecido. O Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** agradeceu ao Márcio Florentino o empenho e a colaboração neste novo projeto que está sendo essa gestão revolucionária do Conselho Nacional de Saúde que está mudando a cara do CNS e isso só foi possível com a importante contribuição da Secretaria Executiva. O Conselho perde uma peça importante, mas academia ganha um grande quadro. Parabenizou-o e desejou boa sorte em seu novo desafio. Alertou José João Lanceiro de Palma de Palma que não é fácil substituir o Márcio Florentino, mas os conselheiros estão ali para ajudar nesse processo de transição. O Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** desejou em nome da Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM êxito em sua nova vida com a contribuição que ele com certeza dará à academia no sentido do pensamento e elaboração, com a vantagem de levar todo o componente desse período de 2 anos da prática. Conseguiu fazer com que a teoria se materializasse em ações muito concretas para vida

do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se, em sua avaliação, de uma perda muito grande para o Conselho pelas qualidades que possui e pela capacidade de harmonizar, agregar, convergir até mesmo pontos divergentes. Estas são habilidades raras a poucas pessoas que as adquirem ao da vida, e ele as tem. Expressou o sincero apreço, respeito, carinho e gratidão de sua entidade por ele porque o convívio é realmente pedagógico e educativo. Desejou-lhe felicidades. A Conselheira **Simone Vieira da Cruz** falou em nome do movimento negro que mesmo estando no CNS apenas há pouco mais de 2 anos, sua relação com as pessoas demonstra a intensidade e seu jeito de ser pela forma como ele lida com as diferentes personalidades dos conselheiros. Desejou-lhe sucesso em seu novo desafio e as boas-vindas a José João Lanceiro de Palma de Palma afirmando não existirem expectativas, porque cada pessoa é única, e disse ter certeza que ele também cumprirá a nova função de uma forma bastante importante para todos porque, enquanto o governo, já demonstrou o compromisso com os movimentos sociais em todas as vezes que se manifestou. Agradeceu a Marcio Florentino e Neide Rodrigues. A Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** agradeceu de forma bastante emocionada por ter sido amigo, acolhedor e cordial conseguindo segurar resolver vários problemas. Partilhou estar feliz por ele posto que a vida é um constante crescimento e ele está certo em mudar. O lugar para onde ele vai trará benefícios enormes e a estada no Conselho agregou bastante valor no sentido de entender os mecanismos de ser e os interesses das pessoas que envolvem esse espaço político. Deu boas vindas a José João Lanceiro de Palma de Palma e pediu que imprima sua personalidade e seu jeito e confirmou que os conselheiros farão a interlocução e deu boa sorte a todos nessa caminhada. O Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** desejou em nome de sua entidade sucesso, o que sabe que terá por sua competência. Esse é que projeto também muito sonhado no movimento popular, mudar a “cara” das universidades. Disse que ele consegue ter algumas características muito difíceis de serem encontradas em um ser humano: sabedoria, conhecimento, humildade e compromisso. Tem relacionamento frequente com o pessoal da academia e acha muito difícil trabalhar pessoas que conseguem um conhecimento maior do que os outros. Essas qualidades são extraordinárias. Desejou que ele seja muito feliz e afirmou não estarem perdendo ninguém porque ele não passou para outro espaço, mas está indo para um lugar relacionado ao controle social e sabe que onde ele estiver estará fazendo o bem para a humanidade. Em qualquer lugar estará presente na luta. Deu-lhe parabéns. O Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** falou que três características marcaram o período em que Marcio Florentino esteve no CNS: fraternidade, respeito e lealdade. Neide Rodrigues é uma “manteiga derretida” e ao José João Lanceiro de Palma de Palma, que está chegando, apesar de não o conhecer bastante prometeu fazer o necessário para ajudar. O Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** relatou ser conselheiro municipal de saúde em Cachoeira do Sul no Rio Grande do Sul, ser sindicalista e participar das reuniões do Conselho e das comissões sabendo a necessidade e o valor que tem uma pessoa que coordena trabalho do conselho. Declarou ter sido muito bom conhecer e trabalhar com ele desejou que ele esteja sempre junto com eles, com essa calma que lhe é peculiar. Disse que seu grande presente é o reconhecimento de todo cidadão presente e que vieram à terra para servir as pessoas e não para se servir delas e que ele continuará a servir de outro lugar. Desejou que Deus esteja com ele e sua família. O coordenador de plenária do estado da Paraíba, **Marcelo Melo da Silva**, falou que Marcio Florentino já deixa saudade nas coordenações estadual de plenária, nos conselhos estaduais e municipais de saúde e no CES da Paraíba. Agradeceu pela sua contribuição, pela paciência com cada um deles construindo bons momentos e ajudando-os no fortalecimento do controle social, Desejou que Deus o abençoe em sua nova caminhada e ao companheiro que chega, que esse diálogo possa ter continuidade com os conselhos a coordenação nacional de plenária, posto que Neide Rodrigues já tem esse carinho com todo. Desejou boa sorte. A Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** relatou estar triste pela saída de Marcio Florentino e em nome do conselho municipal de saúde de Porto Alegre e da FEMAMA agradeceu o apoio e todo carinho, sensatez e acolhida, considerando-o uma pessoa incrível. Quando um amigo decide ir por um novo caminho é preciso apoiar e desejar muita sorte nessa nova etapa. Neide Rodrigues, com certeza vai continuar com toda atenção e deu as boas-vindas a José João Lanceiro de Palma de Palma. Já foi falado ser um desafio substituir Marcio Florentino, mas quando desafiado a força de superação é maior e por isso será um belo desafio prometendo apoio por parte dos conselheiros. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** pediu desculpas e deu as boas-vindas a José João Lanceiro de Palma de Palma. Acreditou que isso ocorreria em outro momento e por isso não o fez em sua fala anterior. Afirmou ser um prazer conhecê-lo e que pelas poucas conversas que tiveram percebeu que ele é uma pessoa “do bem” e que só vai fazer bem para todos. Agradeceu por ter aceito o desafio, não só substituir Marcio Florentino, mas de ocupar esse lugar de escutar os conselheiros. Desejou-lhe boa sorte. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que esse havia sido o encaminhamento inicial, mas que as emoções mudaram o rumo das falas. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** utilizou analogia do trem para falar sobre o caminho. já estão nesse trem que compartilham há muito tempo e por uma feliz coincidência em um período da história compartilharam em um mesmo vagão, o que lhe traz orgulho por repartir o sonho de construir cotidianamente. Irão trocar de vagão, mas tem a mais absoluta convicção esse trem vai no rumo da construção de uma nação soberana e justa e da garantia dos direitos do povo brasileiro. A fala dos companheiros retrataram exatamente o que foi o período de dois anos e meio que ele esteve à

frente do Conselho Nacional de Saúde e há muito trilho para percorrer e disse ter certeza que estarão juntos nessa construção seja no debate da formação dos recursos humanos ou no desenvolvimento da participação popular, na construção de um Brasil mais justo. Deixou registrado o agradecimento e orgulho de poder ter dividido esse período. Neide Rodrigues é uma batalhadora que foi fundamental e colocou muita luz no vagão, e continuará iluminando bastante. Deu boas vindas a José João Lanceiro de Palma que irá dividir essa tarefa de fazer história e avançar no controle social e nos muitos compromissos. Andaram bastante, mas ainda tem muitos desafios pela frente. A Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** emocionou-se ao falar de um amigo, camarada com quem divide o “trem” desde 1982 e a via a presenteou com a alegria de conviver com ele desde então, quando iniciaram a militância no movimento estudantil em uma rica trajetória de amizade. Ele sempre foi uma pessoa iluminada e ouvir as pessoas falarem isso lhe enche de muito orgulho e emoção. Disse que o ama há mais tempo que a Conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”. Sente muito orgulho por sua capacidade de agregar, construir, saber trabalhar as divergências, convergi-las para cima e apontar para um ideal maior do que as próprias vaidades ou dificuldades humanas. É um aprendizado todos os dias ter a oportunidade de ver isso de outro lugar, da gestão. E seu departamento, o DAGEP, tem que estar muito perto do CNS intrigado e encontrando as linhas tênues que separam um espaço do outro. E ele simplesmente conseguiu conduzir isso de uma forma muito competente e solidária com a capacidade e sabedoria às quais o conhecimento só se somou. Alegou estar feliz em ouvir as pessoas falarem isso, por vê-lo todos esses anos e perceber que isso é verdadeiro, pois algumas pessoas agregam conhecimento e perdem a sabedoria e não colocam ambas no lugar. Ele, diferentemente, fez com que todo conhecimento adquirido se somasse, como considerou essa experiência uma pós-graduação de sua tese. Não mudará de vagão. Esse trem já os juntou muitas vezes na vida e continuarão juntos nesse desafio novo. Tem certeza que sua capacidade e a liderança de Naomar outros tantos que lá estarão, com a presença de muitos dos participantes da reunião será um sucesso. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** disse que todas as falas são de agradecimento e elas são justas por que construir um trabalho dentro de um conselho nacional não é uma tarefa fácil por ser um espaço muito diverso e plural e Márcio todos os adjetivos ali colocado tem essa habilidade pegou uma das estações comentadas graça graças que o trem passou por muitas e teve oportunidade de conviver com ele antes do conselho nacional são professores Márcio da UnB e ele da federal da Paraíba ele está indo para uma região belíssima rica que merece muito respeito de todo o Brasil o Nordeste naquele dia era comemorado o dia do Nordeste 8 de outubro momento em que foi aplaudido os nordestinos orgulhosos se identificaram sendo a maioria dos presentes continuou dizendo que ele estava indo a uma terra abençoada maravilhosa e disse ter certeza que seu trabalho significará muito para o Nordeste para o Brasil porque o país precisa muito de pessoas que lutam para redução das diferenças não só econômicas mais religiosas e culturais étnicas, regionais projeto que ele assume as lágrimas importantes tem que estar muito alegre por saber que ele está passando por uma nova fase de sua vida podendo construir projeto novo a lenda justas lágrimas todos devem ficar triste por sua partida tem que estar feliz porque ele está indo para um lugar onde construiu em busca de fortalecer a prova que acima dos títulos que se conquista com o próprio esforço o reconhecimento pessoal vale muitas vezes mais do que qualquer tipo de graduação ou pós graduação muitas vezes mais fáceis de conquistar do que o reconhecimento de um trabalho feito todos estão reconhecendo nessa ocasião teve oportunidade trabalhar com João em outras ocasiões quando até bem pouco tempo era um de seus coordenadores onde construir um caminho importante para encontrar essa transição o conselho ganha muito com sua chegada e muitos poderão conhecer melhor ele tem muita experiência com o movimento popular que depois poderá comentar com mais propriedade já fez isso em outros lugares é um militante do SUS também participam da gestão já trabalhou com o atual ministro da saúde foi do ministério em outras fases e trabalharam juntos na origem da SGEp também muitas contribuições dúvidas quem chega precisa não só da contribuição da presidenta como toda energia de Neide fazendo referência ao trabalho de uma secretária como essa que não se constrói apenas com trabalho e articulação e produção mas com o árduo trabalho do dia a dia montar as estruturas que ele está querendo conhecer que é muito grande teve a oportunidade de fazer o almoço com todos os trabalhadores como despedida do Márcio muito importante entre eles desejo toda sorte do mundo sabe que vai fazer muito trabalho bom trabalho estão construindo algumas parcerias que se achavam que chega com vontade de energia e garra espaço é de grande aprendizado precisa se fortalecido parabenizou a quem vai e quem chega. A técnica do CNS, **Maria Camila Borges Faccenda**, falou em nome da equipe do Conselho desde os membros da copa até os do gabinete. Todos se sentem tristes em saber que ele está saindo, mas por outro lado reconhecem que pessoas como ele não podem ficar muito tempo no mesmo lugar. Têm que levar luz onde seja preciso. Apresentou o reconhecimento de todos pela sabedoria, a forma elegante e o fino trato, o que deve constar em seu currículo. Relatou ter sido uma surpresa a notícia de que ele deixaria o Conselho, mas a vida é feita de chegadas e partidas. Desejou, em nome da equipe leal e de excelência, sem falsa modéstia, que dá o sangue para que o controle social se fortaleça, que ele leve a lembrança e guarde a todos em sua memória. A José João Lanceiro de Palma de Palma, que estava chegando, declarou a lealdade absoluta e irrestrita de uma equipe que se dedica e realmente faz a diferença. Finalizou dizendo que a vida é luta remida que os fracos abate, os fortes e os

bravos só pode exaltar. Desejou boa sorte a ambos e foi bastante aplaudida. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, declarou que por parte do gabinete do ministro houve muito respeito na conversa sobre o processo de transição, no qual foi bastante ouvida. Colocou muito claramente que não prescindiria de forma alguma da continuidade de Maicon Vinícius de Camargo, chefe do apoio, e Neide Rodrigues, que convivem há 10 anos no CNS e dedicaram a vida ao Conselho. Neide Rodrigues tem a habilidade de conhecer cada um da equipe, suas habilidades, disposições e compromissos, sabendo como cada um colabora, sendo sempre imprescindível nessa construção do cotidiano com cuidado, zelo e alertas que faz, os quais são extremamente importantes para mesa diretora e para a equipe. Deixou clara a importância da chegada de uma pessoa cujo nome não tivesse o viés partidário e afirmou sua disposição e da mesa diretora para trabalhar e construir um projeto para fortalecer a autonomia e o papel do conselho, as articulações interconselho, o respeito às entidades de colocar o SUS nesse projeto de país que acreditam. Sempre tiveram uma relação suprapartidária nessa composição do CNS e de sua equipe. José João Lanceiro de Palma de Palma veio pelo compromisso e pela militância, pela experiência e pelo respeito de todos. No dia anterior tiveram a acolhida, enquanto mesa diretora, do novo Secretário que possui um currículo muito parecido com os dos conselheiros do ponto de vista da militância e do compromisso e na perspectiva do que desejam construir e reafirmar nesse país. Lembrou a Marcio Florentino que ele terá que se comprometer com ela em seu doutorado pois teve que adiá-lo para assumir a presidência e que ele é um projeto de vida o qual tentou enquadrar várias vezes. Disse em público muitas vezes que ele teria o compromisso de ficar ao seu lado até o fim dessa gestão. Mas é óbvio que é uma escolha de projeto pessoal e de felicidade e é muito bom a essa altura da vida, depois dos 40 anos de idade, renovar, ousar, sair de um lugar e ir para outro, construir outras relações e apostar no mesmo projeto. É preciso ter energia, fé, luz, disposição e oportunidade. Disse-lhe que seja feliz e que continuem juntos. A mesa diretora acolheu José João Lanceiro de Palma de Palma reiterando a importância de Neide Rodrigues nesse momento de mudança em assumir o papel que sempre assume com tantos anos de compromisso. Emocionou-se ao final. A Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** citou o poema O adolescente de Mário Quintana. Disse que todos que lhe conhecem sabem o quanto ela gosta de brincar e espírito de erê, de adolescência e da curiosidade tem que estar sempre presente na vida de todos. “A vida é tão bela que chega a dar medo. Não o medo que paralisa e gela, estátua súbita, mas esse medo fascinante e fremente de curiosidade que faz o jovem felino seguir para a frente farejando o vento ao sair, a primeira vez, da gruta. Medo que ofusca: luz! Cumplicemente, as folhas contam-te um segredo velho como o mundo: Adolescente, olha! A vida é nova... A vida é nova e anda nua - vestida apenas com o teu desejo!”. Que os desejos de todos vistam essa vida que é nua e que tenham sempre esse medo que os impulsiona e faz ir adiante como o felino ao sair da gruta a primeira vez. Mas que sejam sempre esse adolescente que se joga. Desejou felicidade em suas novas caminhadas e se disse agradecida por tudo. **Neide Rodrigues** declarou, emocionada, que está há algum tempo com essa emoção à flor da pele sabendo que Marcio Florentino vai embora por que ele é “o cara”. Aprendeu bastante com ele. Todos os dias da vida as pessoas acabam aprendendo muito, e por mais que tenha essa vivência no conselho e seja desse jeito, também “derrete” e não sabe tudo. Reforçou que a equipe do CNS é muito boa e para uma orquestra tocar afinada tem que ter um maestro, nesse caso, o márcio. Disse se difícil substituir uma pessoa, e José João Lanceiro de Palma de Palma tem essa missão. Discordou da afirmação de que as pessoas são substituíveis, mas ele poderá contar com ela e ela continuará contando com a equipe. Será difícil sem Marcio Florentino, mas também estão tocando um projeto juntos e ele continuará ajudando nos próximos desafios, tais como a 15ª Conferência Nacional de Saúde. O ano de 2015 seria bastante difícil e enfrentariam ainda em 2014 a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e acreditou que dariam conta. Desejou muita felicidade a Marcio Florentino. **José João Lanceiro de Palma de Palma** afirmou estar em uma situação complicada e afirmou que no tempo que está ali aprendeu a gostar muito de Marcio Florentino. Desejou-lhe da forma mais honesta e sincera toda a felicidade do mundo, afirmando que não ficará livre de todos e dele mesmo tão fácil. O projeto da universidade é uma coisa linda que está se desenhando e todos estarão juntos nisso. Esse projeto só funcionará se esse todo que forma puder estar junto e somar. Depois de tudo que foi dito, ficou com a dúvida se está à altura da responsabilidade que se espera de tudo isso. A única coisa que poderia dizer é que teriam muito tempo para conversar e se conhecer mais e melhor. Agradeceu o carinho e acolhida de todos que aprendeu a gostar muito de muita gente e está aprendendo muito nesse papel. Não só com Marcio Florentino, mas também com Neide Rodrigues, sem a qual brincou que não aceitaria o cargo, e fugiria para a embaixada do Uruguai. Disse que fariam uma dupla e declarou ser um privilégio profundo estar com ela, nessa situação e, particularmente, com a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, uma pessoa que aprendeu a admirar demais, com a qual deseja somar de todas as formas possíveis. Manifestou seu profundo compromisso de vida com o SUS e com a participação social. Se tem uma coisa, dentre todas, que faz do SUS algo diferente de todos os outros sistemas públicos e universais do mundo é que ele é uma conquista da luta da população brasileira e tem uma diferença: a participação e a conquista do controle social. Tem a perfeita dimensão da importância desse conselho. Disse estar disposto a tudo, aprendendo junto com todos. Mais uma vez, desejou a Marcio Florentino toda a felicidade do mundo. Disse estarem juntos nessa empreitada e em todas as outras. **Marcio Florentino** falou que seu carro está

cheio de bagagem, mas nesse momento agregou muito mais valores porque, realmente, como foi dito, os títulos acadêmicos são fundamentais, mas o que vale é primordialmente o reconhecimento de uma práxis de transformação, de luta e sempre procura mediar esses dois mundos fazendo deles algo que tenha sentido para a vida, buscando desejo, felicidade, o adolescente que nunca morre nesse percurso. Disse contar com todos. Cada um é um amigo de partida e de chegada, sua casa é de todos, e todos estão em seu coração para sempre para continuar nessa luta, nesse trem, somando esses vagões da vida. Deixou um grande abraço e um grande beijo a todos e pegaria 18 horas de viagem pensando em tudo e carregando consigo todas as palavras que lhe foram ditas nesse momento com muito carinho. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que se aposentará e o procurará para fazer uma reflexão das experiências juntos. **Deliberação: 1) Inserir educação permanente e controle social na lista de projetos prioritários do SUS para as emendas. 2) Determinar forma de Monitoramento do cumprimento das emendas. Realizar diagnóstico de projetos não concluídos iniciados com emendas. 3) A responsável pela saúde bucal no MS irá verificar a origem do cartaz de saúde bucal e ATM que indica o médico como único capaz de prescrever medicamentos, pois ele não foi divulgado pelo MS. O do site do Ministério fala em cirurgião dentista.** Ao final dessas palavras foi reservado um momento para fotos, e em seguida fizeram uma pausa para almoço, retornando no início da tarde com o item seguinte. **ITEM 3 – AGENDA PROPOSITIVA DO CNS E A 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** *Apresentação:* **Isabela Soares Santos**, Pesquisadora da ENSP e membro do CEBES; **Márcia Corrêa e Castro**, Gerente do Canal Saúde. *Coordenação:* Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. A presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** apresentou a palestrante **Isabela Soares Santos**, filha do Conselheiro de Honra, Nelson Rodrigues e a palestrante **Márcia Corrêa e Castro** que já esteve no CNS em diversas situações. O Conselho Nacional de Saúde tem o desafio para 15ª Conferência Nacional de Saúde de conteúdo político e também dessas estratégias política. Por isso a comunicação está conjugada com conjuntura. Como a saúde é tratada nos meios de comunicação o tempo inteiro, e como ocupar esse espaço para fazer a defesa da agenda propositiva do Conselho. **Isabela Soares Santos**, Pesquisadora da ENSP e membro do CEBES, agradeceu e disse ser uma honra estar na plenária do Conselho Nacional de Saúde. Com todas as críticas que se tem por parte dos intelectuais, inclusive colegas da FIOCRUZ, mas sabendo das limitações dos conselhos de controle social, o conselho ainda é um dos principais fóruns onde, de fato, há uma representação efetiva dos atores e interesses da sociedade. É preciso respeitar e relatou ser uma honra falar para esse público. Falou enquanto pesquisadora da Escola Estadual de Saúde Pública da FIOCRUZ (ENSP) e como vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) conhecido por todos pelo fato de possuir representação no Conselho. Também falou representando suas próprias conclusões. Pelo momento em que se encontram, de transição, e de mudanças importantes no contexto internacional, as quais analisa enquanto pesquisadoras e também pelo CEBES, a grande pesquisa que estão fazendo é para contextualizar, no Brasil, o que ocorre no mundo. Imagina ser consenso nessa sala, mas uma das queixas que tem feito inclusive ao seu próprio trabalho no CEBES e como professora e pesquisadora, é que as pessoas estão muito autistas em seu discurso partindo do princípio de que todos concordam que sistema público de saúde é o melhor e sabem o SUS que desejam, sendo mesmo para todos. Mas, no fundo, cada um tem uma compreensão diferente sobre isso. Os argumentos da defesa do sistema público são diferentes e isso faz com que pensem, no fundo, diferentemente qual o melhor SUS se deseja. Para equalizar um pouco o conhecimento do que é sistema público e qual SUS se trata nessa apresentação, disse que fala de um sistema público que, por um lado trabalha com a premissa de ser um projeto de desenvolvimento e de bem estar social democrático para a sociedade fundado nos valores e conceitos de cidadania, solidariedade e igualdade dos pensadores clássicos (Marshall e Norberto Bobbio). Trabalham pensando o direito à saúde não como um direito de consumo ou um direito individual, mas um direito social. Pressupõe que o Estado reconhece que para uma maior igualdade social é preciso uma série de necessidades básicas dos cidadãos que sejam atendidas mediante políticas públicas, necessariamente. De outro lado, não é só para isso. Isso é muito mais no campo e ideológico. Traz essa questão por que fará uma discussão ideológica para entender toda conversa. Algumas questões objetivas como ter um sistema de saúde para um país inteiro com toda uma cesta de serviços cobertos para atender às necessidades da população, conseguir fazer escala econômica, somente podem ser alcançadas por um sistema público. A ideia de ter várias empresas de seguro saúde no Brasil é chamada de plano de saúde, denominação com a qual não concorda. Trabalhou durante 10 anos na Agência Nacional de Saúde e entende que a definição correta é “seguro de saúde”, pois se trabalha com pecúnia, com uma lógica de seguros, fazendo uma tábua de vida onde a pessoa investe determinado valor podendo ou não usá-lo. A lógica de várias empresas de seguro de saúde é insustentável por que a saúde está cada vez mais cara. Não é possível ter várias empresas de sistemas pequenos de saúde, ainda mais em um país grande como esse. Para ter escala econômica, comprar e organizar os serviços, viabilizar a organização da gestão, a organização em rede de acordo com as necessidades epidemiológica população tem que ser um único sistema. Nesse sentido, para garantir uma população saudável e com qualidade de vida, falando até com um olhar econômico, porque um país em que a população tem melhores condições produz melhor, fica mais rico. É por isso que os países nórdicos financiam creches para as mães trabalharem e

fazem de tudo para as pessoas terem melhor saúde e melhores condições de vida. Para trabalharem muito e pagar bastante aposentadoria, contribuir com a organização de todo sistema econômico e o país continuar rico. Não é somente porque é bonito cuidar da saúde. Existe outra série de questões, como regras mínimas de segurança e qualidade. Não é apenas por uma questão ideológica, mas porque o sistema público é a única forma de conseguir organizar a sociedade economicamente, em termos de gestão, e racionalmente para ter um sistema decente. Seu doutorado trabalhou com a questão da relação público-privado e começou a tentar entender de onde vem isso que os liberais falam de que o setor privado é mais eficiente. Depois de bastante procurar, os mais clássicos da Europa falam que tudo o que se tem em discussão hoje sobre relações público-privado afirmam ser importante olhar com as duas óticas. Uma vem do conceito, com fundamento ideológico dos libertários do liberalismo que é pensado sempre em oposição (embora seja mais misturado o que oposto) ao igualitário, que vem da igualdade. Do ponto de vista do liberalismo o principal fundamento é que o desejo de todos é o resultado soma do desejo individual de m cada componente da sociedade. Os igualitários pensam que o objetivo coletivo é o desejo geral dessa sociedade. Quando se fala em público e privado o público está associado àquele enquanto o público a este. Só que na maioria dos países há uma combinação de ações públicas e privadas cada vez mais misturadas. Não é que existe cada vez mais dificuldade em entender, mas está cada vez mais complexo mesmo, não só no Brasil mas no mundo inteiro. Os arranjos público-privados estão cada vez mais complexos e isso precisa ser entendido para sempre. O que se deseja, é fazer essa relação público-privado de uma forma que atenda aos interesses do público e não afete negativamente o que é interesse público. É preciso entender como funciona esse arranjo para que maneja-lo de forma que seja a favor do interesse geral. Explicou a cobertura universal de saúde. Foi recentemente em um evento internacional e ficou pasma porque a questão é mais séria do que se pensa. Teve a sensação que perderam. É preciso entender do que se trata a proposta para poder protegê-la e não deixar aberta. Proteger o SUS e se preparar para proteger essa opção. A definição oficial de cobertura universal de saúde é muito solta e difícil de entender: "A situação em que todas as pessoas têm acesso equitativo a serviços de saúde e não sofrem dificuldade financeira pagando pelos mesmos." Até aí parece uma coisa boa, o nome também está lindo. Essa definição é de Tangcharoensathien V, Evans D, Marten R., os papas do financiamento. Colocou à disposição os textos que precisam ser estudados. O termo aparece pela primeira vez em 2005, em uma assembleia da Organização Mundial de Saúde no documento "Sustainable health financing, UC and Social Health Insurance", e vai começando a aparecer mais nos outros dois relatórios mundiais de saúde que são editados anualmente pela OMS. No meio do caminho tem um dos encontros da Fundação Rockefeller, que todos conhecem, cuja a totalidade dos presidentes já foram da CIA, o que é estranho. É importante saber quem representa qual interesse. Ela fez um encontro em Bellagio em 2012 que editou o principal documento base de onde os demais se espelham para fazer a proposta. De um lado tem a cobertura universal de saúde, que parece superinteressante mas por uma contradição com o nome, que parece bonito, o pressuposto é que grande proporção da população esteja disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado. Fortes agentes de mercado estão dispostos a pressionar pelo aumento de financiamento público e privado, especialmente nos países de média e baixa renda (hemisfério sul), para adotar políticas para financiar o seguro de saúde como um meio para a CUS. Na Europa está saturado o mercado de seguro privado de saúde. O Brasil foi signatário de uma assembleia na ONU onde todos achavam a CUS interessante. Alguns autores de certas academias começaram a questionar e alertar sobre os problemas. Em 2014 a OMS e a OPAS resolveram adotar a estratégia para a CUS. Esses documentos apontam para a necessidade de prover melhor acesso ao cuidado de saúde, "cuidado primário de saúde" para os pobres (Atenção Primária de Saúde seletiva, não integral, universal e resolutive) e seguro privado de saúde para quem pode pagar. É necessário proteger a saúde contra os riscos financeiros dos sistemas públicos. Essa é a proposta da agenda do Banco Mundial do início da década de 1990, com um novo nome, uma estratégia de marketing da qual o SUS também necessita. Esses riscos justificam a CUS. "Risco" e "proteção" são ideias centrais do seguro privado e do mercado financeiro. Esses documentos propõem o seguro privado para defender os sistemas públicos em razão das crises econômicas, mas é contraditório defender a solidariedade usando a lógica do seguro privado CUS é um risco ao Direito Universal à Saúde. O medo é sempre colocado para fazer guerras, seguros, etc. É o argumento para conquistar populações, a exemplo do ebola e da gripe aviária. O seguro privado seria para defender o sistema público. Hoje todos defendem a CUS e sua proposta foi explicar o que é para defender a cobertura que se quer. Ela entende a CUS como um risco ao direito universal à saúde, conforme os documentos citados que fundamentaram a proposta. A OMS e o Banco Mundial (em maio) lançaram o documento "Monitoreo del progreso hacia la CUS a nivel nacional y global: marco de trabajo, medidas y metas" com a meta de "En 2030, todas las poblaciones, independientemente de sus ingresos domésticos, del nivel de gastos o riqueza, del lugar de residencia o del género, disponen de una cobertura mínima del 80% de los servicios esenciales de salud. Recentemente (em agosto) houve uma consulta pública da OPAS já com a proposta da CUS, cujo Relatório já disponível informa que CUS "significa que todas as pessoas têm acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com as suas necessidades ao longo da vida ... reforça a necessidade ... políticas e intervenções intersetoriais, com o objetivo de atuar sobre os fatores determinantes sociais da saúde e

fomentar o compromisso da sociedade, como um todo, na promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase na equidade” “direito à saúde é o valor central da cobertura universal de saúde e deve ser protegido e garantido sem qualquer distinção ...”. Isso é o que se deseja, mas é preciso saber o que fazer então com os documentos anteriores, a Fundação Rockefeller, a Save the Children e o Banco Mundial pois caracterizam interesse diferentes na mesma coisa. Questionou se isso pé um jogo de marketing ou uma revisão da OPAS/OMS que faltou ser combinada com as demais instituições participantes da proposta. Em 12/12/2014 seria comemorado o dia da cobertura universal de saúde com o apoio do website <http://www.universalhealthcoverageday.org/en/> divulgando o slogan “health for all” (saúde para todos, em tradução livre). O marketing está utilizando essa expressão tradicionalmente utilizada para o direito universa à saúde. O setor de saúde no Brasil tem uma forte competição entre SUS e setor privado de saúde em desvantagem para o SUS. Ele financia menos do que previsto (na esfera federal de governo) e o Estado brasileiro provê proteção social, mas financia importante parte do setor privado com diferentes tipos de incentivos, por exemplo: Subsídios fiscais (desde anos 1960); Trabalhadores do setor público com seguro privado; 71% dos provedores privados contratados pelo MS; Unidades com lucro eram de 14% de todas unidades em 1960 e passaram para 45% de todas em 1975; 92% das unidades de SADT são privadas lucrativas; o seguro privado é um dos maiores mercado do mundo (só perde para o dos EUA); 26% da população com cobertura duplicada (Pública+Privada), segundo a ANS/MS, Março 2014; o 4º maior mercado de medicamentos (INTERFARMA, 2013, apud SILVA, 2014, p. 56) e o SUS é um importante comprador. Em muitos países da Europa os subsídios para o setor privado foram reduzidos ou retirados e o Brasil sequer discute a questão. Poderia ser estabelecido um teto como na área da educação, pois quem deixa de pagar é que tem renda. O gargalo do SUS está amarrado com o setor privado e ao mesmo tempo é seu maior comprador. Em uma reunião na Alemanha cerca de 2 meses antes, discutiram a agenda pós 2015 da ONU com os indicadores dos objetivos do milênio que encerram nesse ano e o principal indicador proposto para substitui-los, na área da saúde, é a CUS. O Brasil foi bastante ouvido e questionado o que demonstra sua grande importância no cenário internacional e precisa começar a ampliar os horizontes da América Latina para revisar seu posicionamento ante a mudança do poder econômico o mundo. A Índia não aceitou a proposta da CUS. Na década de 1980 o Brasil implementou os direitos inspirados na social democracia num contexto nacional e internacional adverso, de fortalecimento das ideias neoliberais: Universalidade X Focalização. Dicotomia: Neoliberalismo com Estado mínimo e Tripé econômico (taxa juros com superávit + meta de inflação + câmbio flutuante => “política econômica sadia e sustentável”) X Projeto de desenvolvimento para sociedade de bem estar social com base na democracia e nos direitos sociais de cidadania (modelo social democrata desenvolvido na Europa que inspirou SUS). Acumulação de capital internacional: privatizações e mais recentemente a área social passa a ser acumulação financeiro (saúde, educação, transporte público, etc.) => CUS. Hoje em dia o capital internacional se volta para a área social comprando saúde, educação e transporte público. É nesse contexto que vem a CUS. Conceitos de Público e Privado vem se tornando mais difusos e Arranjos público-privados cada vez mais complexos: Fenômeno não estático, resultante do embate político-econômico e dos valores da sociedade de proteção social que interferem na relação Estado/mercado. Aí aparece a importância do movimento social e do espaço do CNS. Apresentou recomendações para os movimentos sociais. Os movimentos sociais são os principais atores que podem influenciar os governos do hemisfério norte e do hemisfério sul a incorporarem as necessidades dos países do hemisfério sul na Agenda pós 2015 da ONU. As entidades que representam movimentos progressivos devem defender o direito universal à saúde e combater a CUS como o principal indicador na Agenda pós 2015. O Brasil avançou muito desde década de 1980, sobretudo depois de 2006 (PAC, bancos públicos com crédito, criação de empregos, aumento do salário mínimo em mais de 70%, melhoria dos indicadores sociais). Nas eleições Brasil temos dois caminhos. Um mais equitativo com políticas sociais inclusivas, que apesar do contexto nacional e internacional adverso realizou política de inclusão pelo consumo, que foi importante, mas agora podemos pressionar por mais inclusão pelo direito. Outro comprometido com os preceitos do neoliberalismo, menos comprometido com as políticas sociais, inclusive atacando o Programa Mais Médicos. Os 10% das receitas da União para o financiamento da saúde aparece mas não está no centro das agendas dos candidatos. Citou o artigo Elio Gaspari (O Globo 08/10/2014), comparando propostas Dilma e Aécio: “seus capítulos para a educação e a saúde não enchem um pires ... em qualquer país que tenha um sistema universal de saúde com uma clientela de 180 milhões de pessoas, suas deficiências seriam discutidas ... o assunto ficou fora dos debates ... aconteceu a mesma coisa com os planos privados, que coletam recursos de 48 milhões de fregueses e financiam seus candidatos”. A coluna Ancelmo Gois (O Globo 08/10/2014): conclui que o recurso que deveria ser gasto com saneamento é gasto com PSF em determinada região “para tratar doenças decorrentes da falta de tratamento”: ESTRATÉGIA DE PÔR EM DISPUTA AS POLÍTICAS SOCIAIS INCLUSIVAS (por exemplo, entre Saúde e Saneamento, entre Saúde e Programa Bolsa Família). Questionou sobre a DRU. Há uma necessidade de retomada e ampliação das bases sociais num contexto de cada vez maior individualismo e lutas por demandas específicas. A soma dos objetivos de cada um. OBJETIVOS GERAIS E COLETIVOS: Redes e regionalização (diferente de programas verticais!!!) com base nas necessidades da população. Cuidado integral, continuado e paciente centrado. APS para valer:

universal; com profissionais concursados, em tempo integral e com DE; e com resolutividade de 90% das necessidades de saúde. Mix público-privado que favorece o interesse público em que seguro privado não seja substitutivo aos serviços do SUS. Que seguro privado deixe de beber da fonte do SUS. Findar com subsídios públicos para sustentabilidade e lucratividade do setor privado. Financiamento para um SUS sustentável. Para incrementar os recursos físicos e humanos de forma sistemicamente imbricado à lógica do interesse público/coletivo/universal/equânime. Inclusive para permitir aumentar quadro de concursados sem ferir LRF. Na Espanha todos os profissionais de saúde da atenção primária são concursados e de dedicação exclusiva em tempo integral. É mais importante estudar os dados do que o ressarcimento. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que trabalhar na concepção com uma análise comparativa em meia hora não é fácil, mas é a condição do CNS e pediu desculpas. A próxima apresentação explicaria como o marketing da saúde aparece na mídia e o desafio para a construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde. A Gerente do Canal Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e jornalista, **Márcia Corrêa e Castro**, agradeceu o convite e sentiu-se honrada. Afirmou que falar de saúde e mídia nesse contexto de preparação para a 15ª Conferência Nacional de Saúde é uma oportunidade por diversos motivos. O SUS já tem mais de 25 anos e em 2015 completam-se 25 anos de vigência da Lei nº 8080/90 e apesar disso ainda enfrentam vários desafios em relação à comunicação. O primeiro é uma disseminação mais concreta do conceito ampliado de saúde, não só como ausência de doença. Ele já está iniciado, tendo alguns planos de saúde, inclusive, se apropriado dessa ideia. Outro tema é a estrutura de funcionamento do sistema de saúde brasileiro que é ignorada não só pela população (que o acessa, muitas vezes, de maneira equivocada, impedindo que otimize o sistema), mas também por muitos profissionais de saúde. O controle social também é um déficit de comunicação enorme. As pessoas não sabem o que são, para que servem, porque existem e muito menos como funcionam o conselho de saúde e o controle social. É preciso se perguntar se nesses últimos 25 anos não foi feita comunicação. Na verdade as secretarias municipais e estaduais de saúde, muitos conselhos estaduais de saúde, organismos vinculados ao Ministério da Saúde, a exemplo da FIOCRUZ, possuem assessoria de comunicação e fizeram diversas campanhas, e questionou qual comunicação foi feita que não deu conta do desafio de disseminar o cerne da proposta do SUS. Convidou a todos para fazer uma reflexão mais aprofundada, posto que esse déficit tem a ver com a forma como se entende a comunicação, sempre de uma maneira muito instrumental, um conjunto de práticas e técnicas prescritas que, colocadas para funcionar, dá certo. E na verdade não é assim. A comunicação é um campo social com múltiplas implicações. Iniciou o que ela entende por mídia. Mídia não é sinônimo de comunicação. Ela é uma das arenas possíveis no campo da comunicação. A comunicação não é um processo técnico, neutro, como muitas vezes fazem as pessoas acreditarem. Ela é essencialmente um processo político. Todas as construções socioculturais que as pessoas atravessam ao longo da vida partem de uma ação comunicativa. As coisas existem a partir do momento em que elas são comunicadas. Existem várias arenas de comunicação, como a família, a igreja, a escola, o CNS (assim como os CMS e CES). A mídia é uma delas onde se disputa os sentidos e não simplesmente troca informação (como em qualquer outro espaço), mas agenciam os interesses e disputam com os outros atores o que entende ser cada coisa. Todos fazem isso, o que é legítimo. A questão é que do mesmo jeito que se fala do direto à saúde nem todo mundo tem as mesmas condições de agenciar seus interesses no campo da comunicação e isso é um problema. Comunicação é um conjunto de produtos e processos por meio do qual diferentes agentes sociais agenciam seus interesses ao trocar informações. É sempre uma ação interessada, nunca é neutra, nem da mídia, nem dos indivíduos. Isso é legítimo. A questão é garantir a todos os atores um espaço para colocarem seu ideário em jogo. Ela só se efetiva a partir da resposta. É impossível acreditar que todas as pessoas entendem o que foi comunicado da forma que o emissor imaginou quando pensou em passar a mensagem. Cada um recebe a informação e se apropria dela de uma maneira específica. É preciso ter isso em mente quando se pensa em comunicação e em comunicação com um ato político. No curso de jornalismo é ensinado na matéria de teoria da comunicação sobre emissor, receptor, mensagem e meio. Mesmo quem não é da área já deve ter ouvido falar nisso. Esse é o sistema informacional que deu base à teoria da comunicação que foi criado por dois matemáticos como um esquema para representar o funcionamento de telégrafo utilizado nos anos 1950 quando o campo da comunicação tentava se afirmar como ciência e a matemática era o símbolo da ciência. Mas obviamente isso não dá conta. Esse sistema pressupõe que o emissor passa a mensagem, o receptor a recebe e qualquer coisa que impeça o receptor de receber a mensagem exatamente como o emissor pensou é chamado de ruído. Então a bagagem pessoal de cada um, o lugar onde cada um mora, seria ruído. Apresentou uma alternativa de modelo formulado por Inesita Soares da FIOCRUZ para entender melhor a comunicação em sociedade. Nele não há um emissor e um receptor, cada ator social é simultaneamente um emissor e um receptor de informação. Todavia não estão todos em pé de igualdade. Quanto mais o centro do sistema, mais poder e mais hegemônico, quanto mais na periferia, menos poder tem o ator da comunicação. Contou que quando mostrou isso em uma oficina para profissionais de saúde, uma criança de oito anos que estava presente, filho de uma profissional de saúde, pediu a palavra e afirmou que se todos os periféricos começarem a falar a mesma coisa eles pode, fazer frente à comunicação hegemônica. Gostou da observação e disse que ela será útil num próximo momento da apresentação. A mídia de massa, pertencente a 5 famílias

brasileiras, a despeito das empresas subsidiárias, está no centro do panorama do cenário de comunicação. Ela é o que há de mais hegemônico em função do alcance. Compartilhou uma história de que há muito tempo era responsável pela comunicação do movimento pela posse da terra urbana em Niterói. Era época de eleição e seu movimento estava com diversos problemas sem avançar. Estava em casa com sua irmã assistindo TV e viu a propaganda política de um dos candidatos ao governo do estado. Ele afirmava em sua campanha que todos os problemas de posse de terra em Niterói haviam sido resolvidos, mostrando pessoas felizes e sorrindo. Ela refutou ser uma mentira, um absurdo. Contudo somente pôde falar isso para sua irmã e para mais ninguém. Provavelmente teve sorte porque outros companheiros do movimento assistiram a mesma propaganda e também comentaram com seus respectivos irmãos. E talvez tenham chegado a uma centena de pessoas que ficaram sabendo que aquela propaganda era mentira. Mas da população do Estado do Rio de Janeiro, 100 pessoas conseguiram gritar “é mentira”, enquanto 19.000.900 receberam aquela informação sem nenhuma possibilidade de conferir se aquilo era verdade ou mentira, e a informação está dada. Quando o Jornal Nacional dá uma notícia, sua imensa audiência faz com que um conjunto de pessoas de norte a sul do país recebam a mesma informação. É claro que irá repercutir. Vários irão questionar, dizer que é mentira e contextualizar, mas é muito massivo, a mesma informação para muita gente ao mesmo tempo. É muito intenso esse poder de mídia. Alguns autores hoje já falam do processo de midiática da sociedade, como Fausto Neto, Sérgio Amadeu, entre outros, inclusive internacionais. A mídia não é mais só um espaço que ajuda a organizar a sociedade, como a sociedade mesma se organiza a partir de lógicas da mídia. Traduzindo isso de forma bem simples, repetiu o que ouviu uma vez em uma conferência da rede ANDI (Agência de Notícias dos Direitos da Infância): o que não está na mídia, não existe. Enquanto militante do SUS decidiu trazer uma coisa que todos ali já deveriam ter sentido na pele: a Conferência Nacional de Saúde leva milhares de pessoas para discutir saúde e ela não existe, as pessoas não ficam sabendo que ela aconteceu. Na melhor das hipóteses sai uma matéria dizendo que o Presidente da República foi participar do ato de abertura. Mas as pessoas não ficam sabendo o que foi discutido, qual a programação, quem nela falou, o que foi resolvido. Isso para falar da conferência, entre outras coisas. Considerando a centralidade do espaço da mídia de massa, e pensando que ela é uma arena de disputas na sociedade, dentro do campo da comunicação, tem-se todos os atores sociais disputando espaço na mídia tentando incidir sobre o que ela fala. Todos querem tentar influenciar o que sai no jornal, no rádio e na televisão. É preciso uma análise mais aprofundada sobre a saúde na mídia, que possui problemas. O SUS, apesar de único, convive com a saúde suplementar e a saúde privada. Cada um desses atores tentam influenciar a mídia sobre sua própria perspectiva e é nesse ponto que sua apresentação dialoga com a anterior. A saúde privada irá dizer o que é uma boa saúde. Dizer isso na mídia por meio de suas ações de marketing direto, propagandas, publicidade, sua influência sobre o noticiário, e outras maneiras mais sutis, plantando ideias na sociedade que serão reproduzidas em lugares que não são inocentes, onde, teoricamente, ninguém espera receber esse tipo de informação, em novela, por exemplo. É claro que as relações público-privadas são muito complexas e não há como assumir uma postura muito determinista. Mas se pensarem que a saúde privada não entende a saúde como um direito, mas como um produto, um negócio do qual ela quer tirar lucro, de preferência cada vez mais porque essa é a lógica do sistema. Entra-se em um negócio para ter lucro que deve ser aumentado a cada ano porque isso significa seu crescimento como ator social. Por que uma empresa provada de saúde iria contribuir para um discurso ou uma proposta que prevê um sistema de saúde público, gratuito, de qualidade e integral? Se toda a população tiver acesso a todos os serviços, como previsto no SUS, a atenção integral, com qualidade, quem iria comprar plano de saúde, ou ser atendido por médico privado? A saúde provada disputa na mídia sua clientela (os cidadãos brasileiros) tentando se apresentar como a melhor opção, melhor do que a saúde pública em determinada forma. De um modo geral, a bandeira que tem sido levantada, o ideário disseminado, é que a saúde privada tem mais qualidade. E é incrível como a sociedade compra essa ideia, apesar de levar muito tempo para conseguir marcar uma consulta e esperar na fila da mesma forma, e o SUS é para pobre que infelizmente não tem dinheiro para pagar um seguro saúde. A comunicação que se faz no SUS ainda tem mais um problema: o próprio SUS também está fragmentado, mesmo que legitimamente. Dentro do discurso da saúde sobre o SUS se articulam mal interesses legítimos, porém diversos (corporativos dos profissionais, políticos que perpassam a gestão, da população por um atendimento de qualidade imediato, dentre outros. São grupos sociais lutando por seus interesses, mas muitas vezes mal articulados na comunicação sobre saúde. Agravando a situação a disputa pela mídia acontece dentro do campo da comunicação. Vive-se os dilemas da relação público-privada dentro da saúde fazendo a resistência dentro desse campo, na comunicação nem isso tem, porque no Brasil não existe espaço público de comunicação. Inda que ela tenha começado no Brasil com o rádio, por meio dos movimentos sociais, desde 1930 ela é integralmente operacionalizada pela iniciativa privada. Pode-se inferir que na disputa por espaços na mídia os interesses privados saem em vantagem. Com mais diálogo e empatia com os interesses que perpassam a estrutura, sobretudo, da mídia no Brasil. Apesar de na Constituição a comunicação e a radiodifusão serem nominadas como serviços públicos, elas são operacionalizadas por entes privados. Diante desse quadro, pode-se desdobrar isso em algumas possibilidades do que pode ser feito. Propôs fortalecer os espaços periféricos de comunicação e não centrar os esforços na mídia porque

a tendência é que ela seja muito impermeável, atores e processos de comunicação para além da centralidade da mídia. Qualificar o diálogo com a mídia de massa no sentido de promover um diálogo menos inocente não acreditar que basta fazer um release e mandar e depois fazer um bom “follow up”, ligar para os jornalistas, e isso irá resolver. Nem mesmo bons contatos pessoais adiantam. Podem conseguir uma matéria uma vez ou outra, mas sistematicamente a dificuldade se mantém. É preciso entender a relação com a mídia como uma relação política e construí-las a partir disso. Observou a discussão naquela manhã de estratégias de relação política com o parlamento na questão das emendas parlamentares, e com a mídia deve ser igual, e não num caminho instrumental técnico, apenas contratar uma boa assessoria de imprensa e um jornalista que escreve muito bem, faz um ótimo release e tem vários contatos. Isso não bastará para conseguir de fato pautar a mídia com o tema “saúde” sob sua perspectiva (porque o tema já está sendo pautado sobre outras perspectivas). A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, agradeceu as apresentações e relatou que apesar do limitador de tempo a intensão da mesa diretora era trazer o debate como um espaço do pleno de formação para pensar as estratégias e os conteúdos políticos para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Isso não se esgota ali e não é o caso de ter muitas inscrições, mas uma provocação política para se pensar o conteúdo e estratégia para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. A primeira coisa a considerar é que se tem um acumulado de vários debates e explicou que a primeira apresentação traz uma concepção de ideologia e interesses globais para a realidade brasileira. Lembrou que no dia seguinte o debate sobre a cobertura universal será retomado a partir do ocorrido na Assembleia da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington no qual o Ministro da Saúde estendeu o convite aos presidentes do CONASS, do CONASEMS e do CNS, além da delegação do Ministério da Saúde, sendo que o primeiro não pôde participar. Lá se discutiu mais conceito, e entendeu que ficou claro que o problema não é conceito, até porque quando se discute direito, política pública, papel do Estado e da sociedade, não é conceito, mas concepção e ideologia. Mas sendo aquela uma esfera política onde participaram 35 países, incluindo Canadá, Estados Unidos, França (que possui território em continente americano), Brasil, Cuba, Honduras, Equador, Chile, Uruguai, Bolívia, dos quais 17 não possuem em sua constituição federal direito à saúde, nem sistema universal de saúde. 18 deles, como o Brasil, colocam direito à saúde, sistema público, financiamento público e definem as linhas do público-privado. Mesmo tendo muito claro a ideologia, concepção e conflitos de interesses entre países e nações o Brasil teve uma posição diferenciada. Os EUA reafirmaram que o caminho é o da cobertura, assim como Honduras que aplica apenas 1,5% de seu PIB em saúde. Já Chile, Brasil, Equador e Uruguai defendiam o direito à saúde e acesso. Mas o Brasil foi o único que falou em sistema universal e fundo público. Nem mesmo outros países com importância política traziam, apenas tratavam de direito à saúde e acesso. O conceito e uma concepção e uma compreensão do papel do Estado em garantir esse direito à saúde aparecia na fala dos países, mas sistema público e financiamento público não. No dia seguinte, na presença do Secretário Jarbas que representou o MS e até então integrava o comitê executivo, levou a expressão diplomática de não negar as constituições dos países e não embarcar numa vala comum que pode interessar a outros países e atender à necessidade imediata pouco politizada ou opção política da correlação de força de cada país. O Brasil tem isso não simplesmente por mérito de governo, mas por uma luta social e política de muito tempo. Em outros países há outro contexto e outra configuração. Numa esfera como a Assembleia da OPAS não é possível entender que caberia a Brasil, Chile, Bolívia ou Equador falar em nome dos outros países. São lutas políticas. Também havia muitos representantes das organizações de estudantes, nacional de pacientes, que entenderam que naquele espaço diplomático conseguiram chegar a uma versão de texto que não negava os países que já têm isso mais avançado nem embarcavam num nível mais básico que não interessa aos que já avançaram. Em relação à comunicação falou da experiência que tiveram com a construção da campanha dos 25 anos do SUS, na qual tiveram conversas com empresas de comunicação e com a própria assessoria de comunicação do Ministério da Saúde e as empresas que para ela trabalham, e foi muito difícil pensar uma imagem do que é o controle social porque é muito difícil pensar uma imagem que dê unidade ao que é o SUS. Por diversas razões veem muita fragmentação no Ministério e que isso é muito ruim para o controle social se comunicar com a população. O objetivo dessa mesa é politizar dimensões que precisam ser enfrentadas na conferência. No caso da comunicação informou que seria realizada uma oficina em novembro (dias 10, 11 e 12) com os conselhos estaduais numa parceria com a FIOCRUZ cuja proposta é trazer assessorias ou conselheiros com afinidade com o debate da comunicação para pensar como será a divulgação da 15ª Conferência Nacional de Saúde nas redes sociais e nas entidades. Além da esfera da mídia é preciso incluir a esfera das entidades e movimentos que participam do Conselho Nacional de Saúde e pensar a estratégia também nos estados. Também haverá nela a participação da comissão de comunicação e informação do CNS. Posteriormente haverá uma oficina mais técnica com a assessoria de comunicação, com o auxílio do CONASS e CONASEMS que já possuem uma assessoria mais estruturada. Abriu para debate. **Manifestações.** O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** cumprimentou a todos e comentou que esteve com a palestrante Márcia Corrêa e Castro em um evento realizado em Curitiba para discutir a comunicação da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Disse estar de posse do documento de consulta pública realizado pela OPAS divulgado sobre a cobertura universal de saúde do qual todos têm

conhecimento e foi a base da reunião do comitê executivo realizada na Alemanha da qual a palestrante Isabela Soares Santos participou. Percebeu que o Brasil tem uma riqueza enorme no consolidado do documento do qual participaram o CEBES, o Ministério da Saúde e diversos especialistas trata de como o SUS está hoje no Brasil, com a participação social e entrando em detalhes, como a reivindicação dos 10% do orçamento a serem aplicados na saúde. Pediu à Secretaria Executiva do CNS que disponibilizasse o documento a todos os conselheiros, que já está disponível na internet. Pediu que fossem comentados dois aspectos do documento. Que o direito à saúde no Brasil é ainda um preceito jurídico e isso tem um grande peso porque significa que os aspectos de financiamento e políticas sociais feitas pelo Estado brasileiro não estão na mesma frequência do que a constituição reza no direito à saúde. Ainda existem muitas polícias sócias em dissonância com o preceito constitucional. Obras e os variados programas sociais, inclusive o bolsa família, que em alguns momentos trazem problemas de saúde por causa da falta de complemento e orientação em segurança alimentar, isso tudo precisa ser avaliando em face preceito jurídico do direito à saúde. Ao mesmo tempo tem o caráter do investimento do Estado brasileiro em planos privados. Isso também vai na contramão do preceito jurídico, trazido como uma vertente do documento e é uma contradição. Em relação À nova visão de defender a vida humana no planeta informou que ocorrerá em dezembro a COP-20 em Lima, no Peru, e o governo brasileiro e o CNS têm que se preparar para dizer o que desejam em relação às mudanças climáticas e sua relação à saúde e gostaria que essa reunião servisse também para isso. A Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** informou que representa o CNS na CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) e elogiou os comentários feitos sobre essa questão dentro da indústria. Trouxe à baila o tema do custo indireto que as famílias têm com a saúde no Brasil. Isso está gerando problemas psicológicos para as pessoas, todavia não existem dados para avaliar o impacto que isso gera na saúde, mais um paciente que necessitará do SUS. Relatou não saber que a atenção domiciliar tem um período e tem alta. Alguns pacientes, com Alzheimer, por exemplo, estão entrando na fase final, quando as famílias mais precisam do SUS, estão recebendo alta, ficando o cuidado desse paciente nas mãos da família, o custo indireto de todas as doenças. Ela como ex-coordenadora da comissão de patologias, viu muito claramente como as famílias conseguem suportar (até porque o impacto não é só para o paciente). Tratou da discussão que envolvem a médio e longo prazo as doenças, como as que levam à nefrotoxicidade, cardiovasculares, de cunho psicológico. É preciso dados e pesquisar para avaliar o impacto disso na questão financeira. O que mais se vê na CONITEC é a inclusão de novas tecnologias sempre para ganhar mais dinheiro, mas nunca se avalia o que minimiza o sofrimento das pessoas e aumentar o grau de segurança das drogas que essas pessoas consomem. Também questionou a resolutividade dos serviços existentes no mercado, independentemente de ser do SUS ou privado. O acompanhamento do itinerário terapêutico e todas as aéreas. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** cumprimentou a todos e disse ter acompanhado a apresentação feita pela manhã sobre o orçamento e os recursos públicos via parlamentar para a saúde e seu impacto nos serviços públicos de saúde e seu impacto no controle social que muitas vezes não alcança o objetivo finalístico dentro das necessidades do Sistema Único de Saúde. Agora foi aberto um debate para reflexão com as apresentações ali feitas que alerta em um momento importante e oportuno de transição que estava ocorrendo, num ano atípico, dali a 18 dias saberiam que modelo de saúde efetivamente terá segmento no país e qual seria o impacto. Chamou-lhe a atenção o quanto houve nesses anos investimento no setor privado e o papel que ele tem nas isenções oficiais ora existentes, que o papel público financia o privado e a necessidade de cada vez mais aprofundar. Para a 15ª Conferência Nacional de Saúde qual seria o papel dos movimentos sociais e do governo para interferir e avançar no Sistema Único de Saúde defendido por eles, o qual tentam construir, que está inscrito na Constituição e não tiveram o alcance necessário. Precisam fazer essa reflexão no sentido de poder fazer da 15ª Conferência Nacional de Saúde uma conferência que possa fazer a avaliação de um sistema com várias proposições e cujos avanços não conseguiriam colocar em prática. O que avança e o que não avança no SUS foi apresentada com uma avaliação muito negativa do claro e do escuro, na questão do negro, a cultura popular coloca o negro sempre de forma negativa. É preciso ter cuidado com as expressões. Pôde perceber e esse foi o motivo de sua inscrição. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** saudou a todos, parabenizou as expositoras e disse que a construção desse ponto de pauta foi bastante complexa pelo fato de se tratar de um momento ímpar na história da conjuntura do Brasil, no qual a mesa diretoria pretendia fazer uma análise da conjuntura do dia 08/10/2014 (intervalo entre o 0º e 2º turno das eleições presidenciais) no Brasil e a situação do direito à saúde e do processo desses atores que têm um protagonismo político através da agenda da saúde. Trazer a discussão da comunicação e da agenda propositiva que esse Conselho apresentou para o processo eleitoral como elemento inaugural da 15ª Conferência Nacional de Saúde não pode deixar de abordar uma avaliação das eleições do dia 05/10/2014. Até porque o resultado foi o encontro da discussão de comunicação e agenda propositiva. Não foi à toa que o resultado das eleições foi o reflexo de como está a comunicação hoje. Diversos comunicadores ampliaram significativamente sua representação no Congresso Nacional. A bancada da bala e da intolerância. A bancada do segmento que ele representa nesse Conselho e que possui também representação no parlamento, diminuiu de 86 para 48 sindicalistas. A bancada daqueles que tem colocado sua jornada por Cristo, mobilizando milhões de pessoas nas ruas também teve um crescimento

expressivo no parlamento. E isso tem uma relação direta com o debate da 15ª Conferência Nacional de Saúde e a agenda propositiva do Conselho Nacional de Saúde. Porque o conjunto de propostas ali colocado e sintetizado não é nada mais do que o acúmulo que o controle social e a participação popular teve ao longo dos últimos anos. Só serão vitoriosos se conseguirem lastro político da mobilização da sociedade brasileira e é essa a questão central da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Ou mobilizam e sensibilizam a sociedade, ou mesmo que um projeto mais avançado seja vitorioso nas eleições, com um Congresso Nacional atrasado, com a bancada dos planos de saúde e do empresariado tendo uma esmagadora maioria, com certeza absoluta essa agenda não será sequer lida ou levada em consideração. Por isso discutir nesse ponto a questão das comunicações traz a obrigação de fazer uma reflexão mais profunda a respeito dessa conquista que pode estar seriamente ameaçada com o processo de enfrentamento de posições e destinos que o Brasil teria, logo à frente, em 18 dias. Informou que se inscreveu para fazer esse destaque porque foi bastante frustrante para ele ver que o esforço de construir uma agenda propositiva foi minimamente utilizado pelos atores que ali tem assento para fazer ação política na disputa de 05/10/2014 e é preciso resgatar a carta no 2º turno, ir para a disputa política e ver quem de fato está mais próximo dela. O Conselheiro **Luiz Felipe Coutinho Costamilan** cumprimentou a todos e disse estar representando a Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS) e vários prestadores privados que tiveram algum destaque na apresentação e por isso não podia deixar de se manifestar. Sobre a concorrência entre a saúde privada e o SUS disse não ser assim que a Constituição vê, no art. 199 são complementares e, de fato, hoje a saúde privada responde por quase metade dos atendimentos no âmbito do SUS, e não é assim que eles se veem. Entendem que a saúde privada está para prestar um bom serviço ao público brasileiro que necessita, requer e demanda esse serviço, seja no âmbito do SUS ou não. A experiência internacional, inclusive, na Europa, principalmente, vem ocorrendo nos últimos anos um crescimento da saúde privada, mesmo atendendo ao setor público. A saúde privada faz parte da história do Brasil. A primeira santa casa foi a de Santos em 1543, então não é há pouco tempo que a saúde privada participa dessa questão e atendendo a população brasileira. A saúde privada quer sim mais investimento público na saúde e querem um SUS mais forte, participar do SUS, um SUS complementar, e cumprir seu papel constitucional de complementar o SUS adequadamente. Houve algumas confusões sobre o comentário feito de que o interesse da saúde privada é sempre o lucro, posto que uma parte significativa da saúde privada é sem fins lucrativos e está aí para cumprir sua missão filantrópica. Não que tenha algo de errado com a parcela com fins lucrativos, muito pelo contrário, elas são responsáveis por vastos investimentos em tecnologia, segurança e em prestar atendimento de qualidade à população brasileira. Agradeceu as apresentações e encerrou sua fala. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, ressaltou que o CNS tem sim interesse em ouvir o setor privado e lembrou que nem sempre eles se manifestam nessa esfera e, ainda que tenham divergência é preciso respeitar e afirmou ser importante sua presença com fala. Pediu que ele fique bastante à vontade e faça questão de se inscrever. A Conselheira **Aparecida Linhares Pimenta**, representante do Ministério da Saúde parabenizou o Conselho Nacional de Saúde por trazer ao debate as questões de macro política mais gerais porque isso será fundamental nas discussões da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Os 25 anos do SUS e toda essa discussão sobre a saúde como direito universal, e o debate internacional. Ela mesma fez confusão entre cobertura universal e sistema universal. Daí a importância de esclarecer com a delegação brasileira e fazer a diferenciação e explicar os conceitos, resgatando o conceito do Banco Mundial e fazer medicina de pobre para pobre, o que não tem nada a ver com os conceitos brasileiros. Esse desafio proposto quando da Constituição de 1988 e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de construir um sistema de diretrizes e políticas nacionais de base loco-regional é um desafio considerável. Ao se olhar para um país com mais de 5 mil municípios, 27 estados, um pacto federativo, onde cada um tem uma autonomia. Pactuar isso tudo nesse país, com essa diversidade e com o controle social que, de certa forma, tem que dar conta dessa diversidade é um desafio permanente e essa disputa público-privado acontece em momentos específicos, como citado pelo Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, esse momento em que se vive a escolha de projeto de saúde, mas ele acontece também no dia-a-dia do serviço, da gestão, da discussão pela sociedade do que significa saúde como direito e cidadania e o que significa saúde como mercadoria. É muito diferente usar o serviço privado como complementar para garantir uma saúde pública, com controle público e fazer essa disputa do ponto de vista ideológico de organização do sistema. Não se pode esquecer em nenhum minuto, sendo preciso apontar as deficiências e dificuldades, sem esquecer a tarefa política que tem uma diretriz muito clara da saúde como direito de cidadania e direito universal, atenção integral e a equidade num país tão desigual. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, pediu que não fosse esquecido o desafio enorme da comunicação. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** saudou a todos e parabenizou a mesa, com temas de alta relevância e firmou ter sido contemplado na fala do Conselheiro Clovis Adalberto Bouffleur e perguntou à jornalista palestrante o que se deve fazer para mobilizar os atores sociais das redes sociais onde se vê em seu segmento uma grande demanda de pessoas criando grupos fechados, disseminando tipos de medicações, se automedicando e há uma dificuldade de acesso muito grande a esse meio e dizer que estão no caminho errado. Em contrapartida, como há toda a imprensa e a mídia da forma como foi colocado, perguntou como atuar e fazer um contraponto, quando se vê toda lentidão, inclusive quando se

vê o que acontece de fato e a mídia não dá cobertura, não tem acesso aos meios, de comunicação. As coisas ruins aparecem numa velocidade incrível, mas as coisas boas que o SUS promove tem uma dificuldade muito grande de acesso aos meios de comunicação. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** cumprimentou a mesa e, apesar de não ter dado tempo de aprofundar as questões, pediu para ouvir um pouco mais sobre espaços midiáticos alternativos que dialogam, não só com as redes sociais, mas com públicos que cada vez mais se propõem de alternativas como vlogs, blogs, podcasts, que poderiam extravasar e dialogar com um público importante para ajudar a defender o SUS. Perguntou se já estão sendo desenvolvidas estratégias nesse sentido. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que uma das estratégias para a Conferência é ver como o Canal Saúde e outras plataformas podem ajudar na participação virtual. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** considerou importante discutir essas questões e que infelizmente, no Brasil, a comunicação consegue direcionar as massas. As pessoas têm preguiça de procurar saber se as informações que elas recebem são verídicas e consolidam sua opinião e decisão baseados na primeira informação que recebem, haja vista o resultado das eleições. A base para a solução, sabem que é a educação. Fora isso, fica claro, após algumas apresentações, aliadas ao conhecimento acumulado, as forças que lutam contra o próprio Sistema Único de Saúde, e que às vezes vem do próprio SUS que pagam por procedimentos complexos caríssimos, privatizando, inclusive, esses procedimentos que poderiam ser realizados dentro do próprio SUS, e valoriza os procedimentos, e detrimento aos resultados, gerando assim inúmeras privatizações e precarizações. E também aqueles deveriam defender o SUS, que são os representantes do povo que contratam planos de saúde para prefeitos, vereadores e deputados e senadores gastando milhões de reais da contribuição do povo. Outra questão é a falta de valorização que, muitas das vezes, não se utiliza nas políticas dos saberes da população, dos cuidados familiares, caseiros, que vão se perdendo e pouco são transmitidos de geração a geração. Como também os saberes das populações decorrente da aculturação das populações indígenas e quilombolas. Hoje em dia se vê muito mais a luta por medicamentos do que por investimentos em suas práticas tradicionais e na alimentação de sua natureza, baseada na caça, e a falta de investimento numa política de práticas integrativas e complementares em saúde que seria pífio frente aos grandes recursos que vem sendo utilizados. Sugeriu a criação de um painel do CNS apontando todas as problemáticas já levantadas, como a manipulação da opinião pública ligada às questões do Sistema Único de Saúde, lógica de aculturação, privatização baseada no incentivo ao investimento em procedimentos complexos. Mostrar todos os problemas para que a população interessada pudesse acessar, verificar os problemas apontados e as soluções sugeridas. Disse que “sonhando conseguimos nos tornar livre no espírito, mas lutando conseguimos nos tornar livres na vida. Continuemos na luta então”. A Conselheira **Kátia Maria Barreto Souto** cumprimentou a todos e parabenizou a apresentação. Destacou que ambas contextualizam no campo democrático. Pensar cobertura universal e comunicação em saúde na amplitude proposta, primeiramente o contexto necessário é discutir o processo de democratização da saúde na perspectiva do sistema universal, embora tenha sido bem colocada a diferença entre cobertura e sistema. Mas também pensar comunicação. Na provocação feita na apresentação sobre como fica isso, dentro de um contexto de que a mídia é apenas um pedaço da comunicação, mas é um pedaço importantíssimo com grandes problemas no país. A mídia nesse pedaço é privada. E obviamente seus interesses acabam não sendo os mesmos do Sistema Único de Saúde. O contexto que se vive no momento demonstra claramente os dois projetos que existem de saúde que vem desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se expressou na constituinte e se expressa no dia-a-dia do cotidiano de buscar fortalecer a mobilização social em defesa do Sistema Único de Saúde, também não é diferente no campo da comunicação. Se expressa também na comunicação em saúde na medida em que se procura, principalmente, lançar mão das redes sociais como um espaço significativo de defesa dessa concepção. Fala-se de saúde pública num sistema único, obviamente, incluindo todos os atores, inclusive a saúde suplementar, que o compõe, nessa perspectiva de direito, integralidade e universalidade. Em democracia, saúde e comunicação destacou duas questões e sugeriu um debate posterior após assistirem ao filme “mercado de notícias” que é muito interessante onde mostra o papel da comunicação na perspectiva de pensar a sociedade num contexto de como ela pode contribuir. Na perspectiva da 15ª Conferência Nacional de Saúde o desafio para se pensar a universalidade e integralidade é a compreensão das políticas de promoção da equidade (saúde da população negra, LGBT, campo, floresta e água, população em situação de rua, indígena), porque se não pensarem essas especificidades na dimensão universal e de integralidade e pensar que são direitos de uma população que não está no campo democrático e passa pelo fortalecimento da democracia no país o respeito a essa diferença que não devem ser transformadas em desigualdades sociais e hoje assim se expressam. Esse é um campo importantíssimo na 15ª Conferência Nacional de Saúde da comunicação é preciso se debruçar e dar visibilidade à essa comunicação, senão fica como se fossem guetos. Não falou dessas políticas de promoção da equidade ou dessas populações ou desses sujeitos políticos no campo só daquilo que tornou a sua diferença em desigualdade, mas principalmente no campo da sua cidadania de direito a essa integralidade. No campo da formação é preciso pensar que ele vai contribuir, pensando-a compreendendo saúde pública e sistema público de saúde e não pensando só consultórios ou corpos biológicos, mas corpos culturais e sociais. Também tem que pensar a comunicação nessa dimensão. Confessou ser da área de comunicação e eles

são formados para a mídia privada e pensar a notícia como “furo” e não para pensar comunicação como cidadania e direito. Se os profissionais de saúde são firmados para pensar o corpo biológico, dar assistência e indústria farmacêutica também há na comunicação profissionais formados para pensar em dar furo e não pensar a comunicação nesse lugar democrático de cidadania. A 15ª Conferência Nacional de Saúde também tem esse desafio de pensar para além, e aí sim, talvez, consigam fazer um diferencial ao trazer a comunicação sem perder de vista a concepção de saúde pública, a integralidade, a universalidade e a equidade, mas sendo de fato um processo mobilizador da sociedade para repensar esses valores numa dimensão de direito, como está posto na Constituição, e de dever do Estado. Isso seria importante porque pode impactar em pensar, apontar diretrizes para a prática de gestão, de cuidado e atenção e do controle social. Esse pode ser o lugar onde as duas falas podem dialogar e colocar o desafio até porque haverá a oficina da comissão de comunicação e esse é um lugar importante para não deixar de ir à mídia porque ela é privada e ir apenas às redes sociais. O desafio é muito maior, é fazer o debate da democratização dos meios de comunicação no Brasil à luz da construção da perspectiva de fortalecimento da democracia participativa e representativa e, dentro dela, obviamente, da participação popular como mecanismo de cidadania e de direito, inclusive no exercício, não só da formulação, mas no monitoramento das políticas públicas. **Retorno da Mesa.** A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, reforçou que o tema da Conferência é: saúde pública e de qualidade para cuidar bem das pessoas, um direito do povo brasileiro. Tem um conjunto não só de conceitos, mas de uma concepção porque é fruto de uma luta política de um marco constitucional que vai dar bastante para trabalhar com os argumentos trazidos pelas palestrantes. A palestrante **Isabela Soares Santos** iniciou agradecendo à Conselheira Kátia Maria Barreto Souto por lembrar das minorias. Disse que às vezes é um pouco informal em sua fala e na pressa, para não estourar o tempo, pode não se fazer bem compreendida no que desejava. Ao dizer que não tinha nada contra os movimentos LGBT, Down e movimentos e pautas específicos teve a intensão de dizer que não só não tem nada contra, mas tem a favor. Tentava dizer que não se pode descontextualizar essas questões específicas, mas tem que fortalece-las dentro de uma pauta de um projeto social maior. No sentido de não tratá-las soltas e fragmentadas. É preciso tirar as minorias do gueto e trabalhar equidade. As estratégias para isso para o papel dos movimentos sociais o que ajuda muito é que os movimentos sociais que participam do Conselho devem começar a falar com outros públicos se querem de fato um sistema público de saúde que funcione bem e que a população goste, com qualidade, como na Europa onde as pessoas têm orgulho de usar o sistema público. Os funcionários públicos o utilizam. Existem dois objetivos a serem atingidos: um é atingir os jovens. É da geração dos filhos da ditadura e viu a geração de seus pais lutando contra a ditadura. Então quando vê toda a história do SUS foi crescendo, acompanhando sua construção. De sua geração para baixo, eles não acompanharam. O SUS, como sistema público é uma crença, um dogma. Não é convencendo ninguém que se resolve. Eles têm que entender do que se trata para escolherem e tocarem o SUS daqui para frente, se deseja formar lideranças que lutem no sistema público. É importante trazer a população jovem para a Conferência. Também é preciso falar com outros setores para não falar só entre o setor de saúde. Agradeceu a fala do Conselheiro Luiz Felipe Coutinho Costamilan e concordou com a Presidente do CNS, que eles precisam se manifestar sempre. Existem muitos pontos em comum, apesar de todas as divergências entre as pessoas que trabalham no SUS e as que trabalham no setor privado. Trouxe outra polêmica, além do ressarcimento. Enquanto estudiosa na área, afirmou não ser contra a execução do serviço de saúde ser efetuado pelo setor privado. Contrário, não vê nenhum problema, só não acredita que ela seja mais eficiente per se. Acredita que pode haver execução desde que tenha um Estado com capacidade de regular essa execução e que faça do jeito que interessa ao setor público. E nisso o Brasil ainda precisa melhorar. Do jeito que está hoje com a capacidade de Estado limitada e tão permeada por interesses privados, na prática, quando o setor privado quer, faz o que deseja a partir dessa execução. O Estado deixa. Então, como está hoje, não está muito forte no sentido de se impor e garantir que o setor privado fizesse a execução do serviço. Acredita poderia ser tudo pelo setor privado, desde que a gestão disse como deve ser feito para o interesse do setor público. Questionou ser ato falho dizer que o SUS era complementar ao setor privado ao que foi respondia que sim, e recebeu pedido de desculpas do Conselheiro. Ela afirmou que em sua crítica, na prática o SUS é complementar. A questão é saber qual a complementariedade que se quer e não o fato do setor privado existir ou não. É preciso estabelecer a complementariedade senão vira concorrência, para saber quem faz melhor em que área. É preciso saber quem quais serviços será. Pode ser em hotelaria, em várias áreas. Em todos os serviços que não são fundamentais, em lugares onde o SUS não vai conseguir fazer, fazer uma parceria. Entretanto, do jeito que está, de qualquer jeito não é bom para o SUS. Está concorrencial e o SUS está perdendo. Comentou um estudo recente feito por suas orientandas sobre as leis de diretrizes orçamentárias de 5 anos e viram que o que autorizaram aos 3 poderes gastarem com assistência privada de saúde dos funcionários públicos e seus familiares dá em média 2 bilhões de reais por ano. Esse é um dado que ninguém tinha untado antes. O artigo está para sair, contudo se disponibilizou a passá-lo para quem quisesse. Olhando a LDO de 2007 a 2012 esse foi o dado encontrado apenas a nível federal. Existem tantos fluxos de recursos nessa relação público-privado, o fato de funcionários públicos usarem seguros privados, sendo financiado pelo poder público além dos outros diversos tipos de financiamento e subsídios (recentemente as

operadoras de planos de saúde tiveram mais um desconto de tributos) é um sorvedouro. O SUS virou um ralo de recursos que acaba sendo muito bem utilizado pelo setor privado. Contou que existe uma rede de várias universidades e instituições de pesquisa estudando o que acontecerá em 30 anos. Existem alguns estudos de morbidade e mortalidade que mostram que as pessoas envelhecendo e morando cada vez mais sozinhas porque a migração é para as médias e grandes cidades, o homecare não serve. A atenção domiciliar tem os limites das regras e o homecare privado tem uma situação ainda mais grave. A geração dos mais velhos que elas estão com problemas e de sua geração mais ainda porque tiveram menos filhos. Quer saber o que fazer para que seus filhos não estejam numa situação tão ruim, porque se não começarem a construir soluções coletivas de resolver o que vai acontecer com as pessoas na velhice não sabe o que será. Isso tem que ser uma pauta da Conferência. Isso extrapola o setor saúde. Tem que repensar os prédios com cozinha central, etc., porque o homecare não serve para uma pessoa morando sozinha. Pediu desculpas por ter utilizado o termo CUS. Quando trabalhava na ANS esteve em uma área que fazia avaliação de tecnologia, e lá é onde chegam as demandas de tecnologias de ponta, mais do que no SUS, e sua discussão era: será que vai ser necessário discutir no Brasil só os pedidos de novas tecnologias ou também as velhas tecnologias e teriam que priorizar qual sociedade se deseja quando e prioriza qual tecnologia vão ter. se querem ser um Brasil de ponta, estão escolhendo sempre “correr atrás do rabo” para conseguir ser de ponta em várias coisas ao invés de ser muito melhor no básico. Aí surge a questão dos interesses individuais privados sobreposta a uma coisa coletiva. Podia ser um pouco menos, mas com melhor qualidade no que é geral, tecnologia mais baratas, mas muito melhores e mais bem avaliadas, com protocolos melhor definidos e profissionais mais capacitados, do que avaliar todas as novas tecnologias sem ter tempo para tanto. Disse que caso tenha deixado de contemplar alguém podem procurá-la posteriormente. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, reforçou o tema da conferência e disse que ela tem uma mensagem embutida, inclusive pessoa e povo brasileiro tem raça, cor, sexo, condição social, regionalidades e identidades. Tem um exercício enorme a ser feito nesse sentido considerando que quando se fala dos usuários eles são colocados na vala comum, quando são pessoas, sujeitos, povos de raça, cor, etnia, orientação sexual, regionalidade, identidades e necessidades diferenciadas. Também haverá a oficina que trará representantes dos estados. Possuem uma parceria com o canal saúde e afirmou que ela será extremamente importante para poder avançar nesse desafio. A palestrante **Márcia Corrêa e Castro** agradeceu a chamada do Conselheiro Renato Almeida de Barros e disse que ele estava certíssimo e não haveria nenhuma desculpa possível e só assim ela poderá aprender. Isso é mesmo resquício de racismo resultante da criação e da cultura em que estão inseridos. Em relação às eleições lembrou que muita gente atribui o resultado das eleições meramente ao trabalho técnico dos marqueteiros, mas não só esse trabalho com maior ou menor eficácia, há uma disputa de ideias e é preciso fazer uma análise em cima disse de até onde se consegue avançar nessa disputa. Juntado duas falas dos conselheiros Ronald Ferreira dos Santos e Kátia Maria Barreto Souto lembrou mais uma vez que existe uma luta pela democratização pela comunicação no Brasil, uma luta árdua e muito esvaziada com a adesão de poucos setores da sociedade. Entender a comunicação como um direito é às vezes uma coisa muito abstrata. As pessoas entendem como o direito a ir numa banca de jornal e ter um jornal para comprar, de ligar a televisão e estar passando alguma coisa, quando é mito mais do que isso. É direito a emitir e não apenas receber mensagem. Deixou mais uma vez o convite para que o Conselho Nacional de Saúde, principalmente através de sua Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde engrosse o caldo dessa luta pela democratização da comunicação que tem caminhos para trilhar no Brasil, mas que precisa ser fortalecida. Existem muitos espaços alternativos além da mídia para dialogar e trabalhar a comunicação do SUS e de uma 15ª Conferência Nacional de Saúde. Isso não quer dizer não fazer relação com a mídia e não buscar espaços nela. Esses espaços já se mostraram muito poderosos em diferentes contextos. O exemplo mais banal citado por todos são as manifestações de junho de 2013. Não falava da capacidade que teve de, através das redes sociais, mobilizar aquela quantidade de pessoa, mas de como todo aquele movimento deu um “cavalo de pau” na maneira como a grande mídia estava cobrindo o tema. Acompanhando foi possível ver num dia a mídia se referindo aos vândalos e no dia seguinte falando dos manifestantes. Os vândalos viraram manifestantes e lembrou-se da repórter na rede globo falando “hoje é um dia feliz aqui no centro do Rio. Acabou a manifestação de ontem...” enaltecendo a manifestação que 2 dias antes eles estavam condenando. Pediu que pesquisassem no google a informação a seguir: que hoje o maior mercado de cinema do mundo é a Nigéria, só produzindo vídeo e veiculando através de métodos, câmeras e computadores caseiros, vendendo DVDs em camelôs e conseguiram ser atualmente o maior produtor de audiovisual do mundo e, na Nigéria, ser o 3º maior mercado econômico do país com base nas novas tecnologias. São estratégias poderosas. Achou que poderiam pensar em, além da mídia de massa, nesses espaços distintos e dialogar melhor com a demanda da população, coisa que a grande mídia faz muito bem. As vezes se agarram numa defesa tão apaixonada do SUS que deixam de dialogar. No Canal Saúde, fazendo uma autocrítica, se deram conta que o SUS que mostravam não era o que o cidadão via diariamente. Simplesmente dizer que o SUS é ótimo ou que antigamente era muito pior não dialoga com o cidadão que pensa “e daí, eu estou vivendo agora e quero que agora seja bom. Quero chegar no posto de saúde e ser atendido. Quero que o médico me atenda vem e ter acesso aos exames num prazo razoável.”

É preciso aprender a dialogar com a crítica ao sistema também. Para conseguir empatia com o cidadão. É preciso articular melhor os discursos entre os diferentes atores do SUS. Aprender a falar a mesma coisa, ainda que de forma diferente e ao mesmo tempo. É isso que dará volume. Às vezes a comunicação é pulverizada. Cada um fala de uma coisa. É preciso aprender a identificar uma coisa comum e prioritária e centrar nela. No momento da 15ª Conferência Nacional de Saúde isso é fundamental. É preciso aperfeiçoar a atuação em rede. Não se aproveitam de ferramentas que já foram apropriadas. Cada vez que vão criar uma ação nova, é uma nova rede, uma nova plataforma de informática, um novo site. Pé preciso aprender a tirar proveito daquilo que a população já se apropriou. Se todos estão usando o facebook, é preciso usar o facebook, se for o youtube, usar o youtube. É preciso usar os espaços que as pessoas acessam cotidianamente para poder dialogar com elas. É fundamental, como já foi falado, conseguir falar com os outros, com quem discorda. Isso é uma dificuldade enorme para quem milita no SUS. Estão sempre falando para os mesmos, para quem sempre vai concordar. Têm dificuldade de discutir e fazer o contraponto, tentar seduzir. Falar para quem já está convertido não acrescentará em nada. É preciso tentar conseguir falar com os outros e para isso tem ir a lugares que não vão. Estar em outros espaços, fazer ponte com outros movimentos sociais: momento de juventude, de agroecologia, enfim. Tem que mapear e identificar esses grupos. Esses são os espaços alternativos, mas paralelamente a isso tudo, tem que sentar e pensar numa estratégia política de relação coma mídia, e não uma estratégia simplesmente técnica (produzir release, fazer faixa, panfleto, cartaz), porque isso não irá reverberar. Lembrou mais uma vez que ocorrerá em 10, 11 e 12 de novembro uma oficina de comunicação protagonizada pela Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS onde, a partir do tema da conferência, seriam construídas as estratégias. Disse esperar quem a partir dessa oficina, que se consiga articular uma rede de comunicadores para o SUS, pelo SUS com o SUS. Mas não só os comunicadores do SUS, espera conseguir outras adesões de outros jornalistas, de outros campos, de outros comunicadores, porque nem todo comunicador é necessariamente jornalista. Na verdade, todos são comunicadores. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que será realizada a oficina em novembro e no pleno de dezembro darão retorno da construção de estratégias para a 15ª Conferência Nacional de Saúde e socializa para considerações e deliberações do pleno. O Conselheiro **Marco Akerman** deu o informe para valorizar a fala do colega com um bom exemplo de disputa, de conversa. Por mais que existam pontos em comuns, há também divergências. Esse é o lugar. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde quando perderam, de alguma forma, a discussão da estatização o mix público-privado veio para ficar no Brasil. É preciso começar a ver como será trabalhada a lógica da regulação. Alertou que uma coisa lhe preocupa profundamente: saúde e educação como oportunidade de negócio. O grande capital já viu que não há tantas oportunidades de crescer na saúde e na educação, principalmente nos países em que há sistema de proteção social, então é um bom espaço de crescimento. Então essa é uma disputa importante. Nesse sentido, a Associação Paulista de Saúde Pública, no seu último congresso paulista de saúde pública em setembro de 2005 trouxe um tema para disputa: se não se pode totalmente desmercantilizar o mercado, porque a natureza do mercado é a mercantilização, é preciso desmercantilizar o SUS. Então fez o seguinte convite: saúde e poder, desmercantilizar o SUS. Essa é uma batalha muito importante. Se o mix público-privado veio para ficar, o SUS precisa ser desmercantilizado, apesar de que, muitas vezes, o usuário (assim como quando a china adota mecanismos capitalistas. Não querem saber a cor do gato, só querem saber se o gato pega rato ou não.) é pragmático. A ele não importa muito se é público ou é privado. Aí é uma discussão mais filosófica de que saúde não deve ser mercadoria. Esse é um lema importante para ser debatido. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur** fez o encaminhamento de disponibilizar o documento da consulta pública realizado e divulgado pela OPAS sobre a cobertura universal de saúde e foi a base da reunião do comitê executivo realizada na Alemanha. Em relação ao encontro sobre mudanças climáticas a ser realizado no Peru em dezembro, propôs algo ao Plenário. Ele e o Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos fizeram um documento para balizar a proposta da LDO que sintetiza muito do que tinha na conferência proposta e sintetiza basicamente o Plano Nacional de Saúde. Propôs que esse documento fosse encaminhado oficialmente ao Ministério da Saúde e ao governo brasileiro para ser a posição do Conselho Nacional de Saúde frente à discussão que o governo brasileiro faria lá oficialmente na discussão de mudanças climáticas de 1º a 12 de dezembro. Porque se não fizerem isso estarão, de certa forma, omissos em relação a essa discussão tão forte. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, pediu para trazer como ponta de pauta em novembro. Agradeceu a presença das palestrantes e encerrou a mesa.

Encaminhamentos: 1) Disponibilizar no site do CNS o documento de consulta pública produzido pela OPAS acerca da Cobertura Universal de Saúde – CUS. 2) Propor parceria com o Canal Saúde e outras mídias que possam contribuir na divulgação da organização e realização da 15ª CNS. 3) Fazer Painel para debater os problemas do SUS existentes e as soluções já apontadas pelo CNS com facilidade acesso pela população. 4) Debater o filme “Mercado de Notícias”, que trata do papel da comunicação. 5) Encaminhar à 20ª Conferência das Partes da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas documento como posição adotada pelo Conselho. Trazer como ponto de pauta em novembro. 6) Debater a desmercantilização da saúde. 7) Dialogar com outros setores. 8) Disponibilizar o documento da consulta pública realizado e divulgado pela OPAS sobre

a cobertura universal de saúde e foi a base da reunião do comitê executivo realizada na Alemanha.

Item 04 – ENTIDADES MÉDICAS NO CNS. *Apresentação:* Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Mesa Diretora/CNS. *Coordenação:* Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Mesa Diretora CNS. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, iniciou explicando que esse tema seria iniciado, haja vista a existência de uma demanda pela ausência das entidades. Já foi debatido na reunião ordinária anterior a situação de falta de um membro no plenário desse Conselho Nacional de Saúde com a ausência recorrente dessa representação. Foi aprovada na reunião do mês de setembro a notificação das entidades da situação de ausência solicitando uma manifestação quanto a isso. Nesse mesmo período foi feita uma consulta sobre a situação da representação das entidades médicas, haja vista que havia, num primeiro momento, a manifestação de apenas uma delas, a Federação Nacional dos Médicos, que há aproximadamente um ano apresentou um comunicado se afastando do Conselho Nacional de Saúde. Não havia manifestação oficial nenhuma das outras entidades e isso motivou a decisão e notificar as demais a respeito desse fato. Também tinham notícia de manifestação ainda não formalizada de que a Federação Nacional dos Médicos reviu sua posição sobre a participação no Conselho Nacional de Saúde e por isso o encaminhamento da RO do mês anterior de notificar, tendo em vista que o Regimento do Conselho Nacional de Saúde é omissivo na questão de qual seria o tratamento dessa situação e é o Plenário do CNS quem tem a prerrogativa de deliberar o encaminhamento que se dará a esse caso. Esse é o histórico da discussão. Existe o parecer jurídico do núcleo jurídico do Conselho Nacional de Saúde que aponta para a possibilidade de manutenção da participação da FENAM no CNS, e tem entendimentos diferenciados de segmentos do Conselho Nacional de Saúde a respeito desta representação. Importante destacar que esse debate vai muito além da representação das entidades médicas no plenário do Conselho Nacional de Saúde. No momento em que se vive é um processo que está bastante tensionado em função do processo eleitoral onde há um posicionamento bastante claro a respeito do cenário e do próprio Conselho Nacional de Saúde por parte das entidades médicas. Mas como se comprometeriam na reunião anterior o Conselho Federal de Medicina se manifestou e oficializou sua não participação no Conselho Nacional de Saúde. A Associação Médica Brasileira foi notificada e não se manifestou, o que foi entendido como o não desejo de participar do Conselho Nacional de Saúde. E a Federação Nacional dos Médicos manifestou seu interesse de retorno, inclusive já indicando uma representação para o Conselho Nacional de Saúde. Essa era a situação e sobre ela precisavam dar os encaminhamentos naquele momento. **Manifestações.** O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** invocou questão de ordem, com base no art. 24 do Regimento Interno vista do processo. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** afirmou não ser muito comum a utilização dessa prerrogativa e que deveriam revisar o regimento para verificar como se dá esse procedimento. Realizou a leitura do artigo. “Subseção III. Do Pedido de Vista Art. 24 Apresentado o tema, qualquer Conselheiro poderá pedir vista para melhor avaliação do ponto de pauta, cabendo ao Conselheiro ser relator do processo, remetendo-se a discussão sobre o tema para a Reunião Ordinária subsequente, conforme calendário aprovado no § 1º do art. 15 deste Regimento. § 1º Ocorrendo o pedido de vista da matéria, a discussão ficará suspensa automaticamente. § 2º A matéria retirada da ordem do dia, em virtude de pedido de vista, será devolvida à Secretaria-Executiva até dez dias antes da reunião subsequente, para ser disponibilizada ao CNS, acompanhada do parecer emitido pelo Conselheiro que pediu vista. § 3º Havendo pedido de vista, o Presidente consultará o Plenário quanto ao interesse de mais algum Conselheiro utilizar-se do mesmo direito, uma vez que não haverá novo pedido de vista. § 4º Quando mais de um Conselheiro pedir vista de uma matéria, o prazo para apresentação dos pareceres será o mesmo previsto no § 1º deste artigo, devendo a Secretaria Executiva fornecer o material disponível para a elaboração dos seus pareceres. § 5º O Conselheiro perde o direito de apresentação e apreciação do seu parecer, nas seguintes situações: I - não cumprimento do prazo estabelecido no § 1º deste artigo; e II - não comparecimento na reunião designada para tal fim. § 6º É vedado ao Conselheiro relator designar a outro a apresentação do seu parecer.” Tendo em vista o RICNS seria preciso decidir uma questão para que o procedimento fosse justo. O fato de mais de um conselheiro terem se inscrito no mesmo momento. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** informou que pediu questão de ordem que deve ser seguida e a única coisa que deverá ser feita é perguntar se mais algum conselheiro quer vista do processo. O que foi aceito pelo plenário. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** questionou se mais algum conselheiro queria pedir vista do processo. Responderam afirmativamente os conselheiros **Eurídice Ferreira de Almeida, Wanderley Gomes da Silva, André Luis Bonifácio de Carvalho, Renato Almeida de Barros, Haroldo Jorge de Carvalho Pontes, Ivone Evangelista Cabral, Wilen Heil e Silva, e Maria Laura Carvalho Bicca.** O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** lembrou que na próxima reunião do Conselho Nacional de Saúde iriam construir algo que não estava previsto: a metodologia de apresentar os pareceres, já que o § 6º é bastante claro ao dizer que “§ 6º É vedado ao Conselheiro relator designar a outro a apresentação do seu parecer.” A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, pediu um pouco de bom senso entre si para, devido à grande quantidade, tentarem conciliar para apresentarem um parecer por segmento e que prevalecesse o regimento, a pluralidade e a democracia. Relatou que, enquanto conselheira gostaria de realizar o debate naquele momento, mas iria cumprir o regimento em pedido de vista, apesar de achar que tinham condições de realizar o debate naquele momento. Mais importante que o número de pedidos de vista é o conteúdo político desse pleno

em fazer acertada a representação que precisam, garantir o cumprimento do regimento e resolver o problema. Disse acreditar que boa parte deles estavam pedindo vista com esse objetivo de resolver o problema e não colocar mais uma vez seu adiamento. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** falou que já que estão discutindo cumprimento de regimento pediu que se centrassem na questão de ordem. São 3 minutos para cada um que se pronunciou solicitando vista. E também que “Subseção I. Da Questão de Ordem. Art. 26 Considera-se questão de ordem toda dúvida sobre a interpretação, aplicação ou inobservância do Regimento Interno do CNS ou outro dispositivo legal. § 1º As questões de ordem serão formuladas com clareza, brevidade e com indicação precisa das disposições que se pretende elucidar ou cuja inobservância é patente. § 2º Podem ser formuladas questões de ordem somente as que dizem respeito à matéria que esteja sendo discutida ou votada. § 3º Caberá ao Coordenador da Sessão Plenária resolver as questões de ordem. § 4º O tempo de apresentação de questão de ordem será de no máximo três minutos.” Então é importante saber de cada um que está pedindo vista o que, num tema que nem debatido foi, porque ao iniciar foi logo pedido vista, que cada um tenha os 3 minutos para esclarecer ao plenário quais dúvidas cada um tem que podem ser as mesmas ou diferentes. Alegou estar sem entender tantos pedidos de vista baseados numa questão de ordem sem explicar o que os levou a isso. Pediu que o §1º fosse observado para que todos dali saíssem esclarecidos. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** respondeu que o §1º do art. 24 é claro: “§ 1º Ocorrendo o pedido de vista da matéria, a discussão ficará suspensa automaticamente.” Portanto não cabe questão de ordem para esclarecimento ou para qualquer outra questão. Então o que se pode fazer é atender ao apelo da Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza e reduzir o número de pedidos de vista. O Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que o Conselheiro Nelson Augusto Mussolini, o primeiro a pedir vista, o fez com base na questão de ordem e questionou se a Mesa não estaria considerando a questão de ordem, mas somente o pedido de vista. Ao que foi respondido pelo Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** que esse era o entendimento da Mesa. Questionou se havia acordo entre os segmentos para apresentarem somente um pedido de vista por segmento. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** lembrou que se trata de uma questão do segmento de trabalhadores e por isso pediu uma quantidade maior de trabalhadores por se tratar de uma vaga desse segmento. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, explicou que não se trata de uma questão do segmento dos trabalhadores, mas de uma questão do Conselho Nacional de Saúde. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** justificou que falava da quantidade de conselheiros que pediu vista. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** pediu que fosse designado o nome do representante de cada segmento para encaminhamento do pedido de vista. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** pediu esclarecimento porque na verdade não iria se constituir um grupo de trabalho, seriam pareceres. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que o pedido era para que na próxima reunião, ao invés de um parecer para cada conselheiro, seriam apenas quatro. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** pediu que a Mesa fosse mais clara na apresentação da proposta com a explicação da quantidade de 4 pareceres, porque prestadores e gestores seriam o mesmo segmento e deveriam ser 3 pareceres, um para cada segmento. Se não for assim, que apresentassem outra proposta para equilibrar a relação. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que estava em discussão a quantidade de pareceres, posto que, em tese, todos os que pediram vista teriam direito a apresentar o seu próprio parecer. E em razão da dificuldade de haver um acordo, todos teriam direito. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** se inscreveu para dizer que conforme o regimento o início do processo se deu de forma errada. No início, todos levantaram as mãos pedindo inscrição e um deles pediu questão de ordem e logo em seguida arguiu o art. 24. No regimento, a questão de ordem é para verificar se algo feriu o regimento. E ele fez uma proposição numa questão de ordem, no momento inadequado. Já iniciou ferindo o regimento e deveria, pela lógica, seguir as inscrições, porque em nenhum momento houve discussão e não se feriu o regimento. Então não cabia naquele momento a questão de ordem que foi feita. Em um segundo momento, ao abrir as inscrições, que não cabia deveria ter seguido a sequência. Concordeu com a fala da Presidente do CNS. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** relembrou que a questão a ser decidida seria a quantidade de pedido de vista a ser deferido. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, pediu esclarecimento para pensar a metodologia do pedido de vista para não inviabilizar a reunião do mês de novembro que acabaria tratando apenas desse ponto de pauta. Há uma questão política que deveria ser tratada na dimensão da responsabilidade do CNS. Mas também deve-se colocar a impossibilidade de fazer a RO de novembro somente com esse ponto de pauta porque todos os pareceres devem ser lidos. Não se pode criar um consolidado porque não é um grupo de trabalho. Não precisa chegar a esse ponto, pois está perto de chegar a um encaminhamento e apenas um ou outro detalhe deve ser considerado. O Conselheiro **Wilen Heil e Silva** concordou com o encaminhamento de ser um para cada segmento com 3 representações. A Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** solicitou questão de ordem para aduzir que cada segmento que apresentou o pedido de vista emita apenas um parecer. Dentro do segmento as pessoas que pediram vista formariam um subgrupo de trabalho e apresentaria o parecer do segmento. Isso é mais razoável porque o debate político é dentro do segmento. Se o conselheiro pediu vista é porque tem uma linha de argumentação que pode compartilhar dentro de seu segmento. Dessa forma, seriam apresentados 3 pareceres. O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** afirmou que sua proposta seria muito parecida com uma

diferença. Desde o início concorda com a preocupação da A Presidente do CNS em transformar novembro em uma oficina. Ponderou que em alguns momentos é preciso pensar um pouco além daquilo que está posto. A intenção com a realização dos pareceres é fundamentar para tomar a melhor decisão para o Conselho. Então não adianta ter pareceres que não tenham essa preocupação. Por isso disse acreditar ser importante ter um parecer que acrescente, um realizado pelo segmento dos gestores e um pelo segmento dos prestadores porque isso não será o voto do parecer, mas uma visão desse problema a partir de cada um deles. Essa seria sua recomendação para serem 4 pareceres, e se não fosse possível, concordariam com a proposta de 3 no sentido de ter mais elementos para tomar uma decisão importante para todos. Todos estão tentando encontrar a melhor solução para essa situação. E para isso seria melhor ter mais visões. Se for usar a visão dura do segmento, poderiam argumentar que deveriam ser 2 de usuários, 1 de trabalhador e 1 de gestor, o que não é o caso. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** argumentou que há muitos anos os prestadores alegam que não fazem parte do grupo do governo, aliás têm uma série de questões divergentes. Até na incorporação de produtos. Então não gostaria que houvesse essa confusão entre prestador e gestor como se fosse uma coisa única, pois não o é. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** ressaltou que estão tentando obedecer ao regimento que esse Conselho sabiamente construiu e aprovou e alegou estar estupefata com a forma com que ele está sendo tratado. Nele está escrito que são 3 segmentos, não sendo nem trabalhador, mas profissionais da saúde, usuários e gestores. Pediu que observassem a que nível estão chegando ao se fazer uma discussão. Estão tentando resgatar e ratificar a legalidade da questão tratada. Então é preciso ter um pouco mais de tranquilidade para fazer esse trabalho, não existe um 4º segmento. E que caso esteja errada, que lhe provem o contrário. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** esclareceu que a Lei 8142/90 fala em gestores, prestadores, trabalhadores e usuários. O que está sendo proposto para essa discussão em virtude de um número bastante grande de pedido de vistas é que seguir o regimento seria apresentar 14 pareceres para seguir o regimento. (*obs. Contagem equivocada*). Contudo, nesse caso inviabilizariam a reunião do mês de novembro. Por isso tentam construir um entendimento para permitir que os diferentes olhares sejam apresentados nesse tema. Questionado, disse que a Mesa não estaria manipulando, apenas dirigindo. Caso o plenário discorde, é só se manifestar. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** apresentou questão de ordem para que seja cumprido o regimento e a legislação. Divergem no entendimento da Lei nº 8142/90 acreditando ele que ela fala em 3 segmentos sedo prestadores públicos e privados. E a Lei nº 141/2012 reafirma o que está colocado. E devem trabalhar com os princípios das leis ali constituídas. O que está em discussão é qual o modelo de saúde que querem para o país. Que diante desse debate prevaleça o que está na lei: 3 segmentos. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** concluiu que seguir o regimento seria conceder vista a todos que pediram. O Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** alegou que são dois pontos: ou se cumpre o regimento e fazem 14 pareceres ou seguem o indicativo da Presidente do CNS de usar o bom senso, que são 4 olhares. E propôs que seja votado de imediato. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** afirmou que o pedido de vista precede. Como houve uma avalanche de pedido de vistas, parte-se do princípio que deve ser ponderado que são 14 pareceres. A partir disso, a leitura é de que se pode ouvir partes que compõem o Conselho Nacional de Saúde, concordando com a fala dos conselheiros Nelson Augusto Mussolini e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes. Fazem parte de um segmento, mas não têm a mesma visão sobre os processos. Os pareceres não são votos são posições para subsidiar uma discussão. É diferente. A ponderação é que poderiam fazer a leitura do conjunto dos 4 pareceres para ver as 4 posições e o Conselho Nacional de Saúde, na leitura das opiniões tomaria uma posição. A proposta feita não desrespeita nada. Não é questão de quantidade, mas dar celeridade ao processo. Porque é melhor transitar por 4 posições do que 14. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, explicou que não se pode ter 2 instrumentos de referência para decidir. Primeiro é preciso considerar o sentido do que estão construindo: ter argumento para tomar uma decisão. Poderiam ter interpretações do regimento naquele momento e encontrar saídas com todos os conselheiros presentes. Optou-se por um caminho de pedido de vista. Não é voto, é parecer. Particularmente achou que não se pode ter 2 instrumentos de referência para cumprir o regimento. O instrumento de referência é o regimento e lamentou dizer que, para ela, naquele momento, não seria a aplicação da Lei nº 8142/90, com todo o respeito, porque ela pé muito mais ampla e democrática do o regimento. Não se pode ter 2 parâmetros. O regimento fala em 50% de usuários e 50% de gestores, prestadores e tudo mais. Não se pode extremar agora e transformar uma decisão política, de interpretação do regimento de um problema que precisam resolver no campo da afirmação de representação de segmentos. Propôs que o regimento seja literalmente seguido. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** procedeu à recontagem dos pedidos de vista e chegou ao número de nove, corrigindo o erro anterior que apontava 14. Concedeu vista aos 9 e afirmou que a Mesa iria construir uma metodologia para viabilizar esse processo. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** pediu que a Mesa disponibilizasse cópia do processo para todos os que pediram vista. Ao que foi respondido afirmativamente, sendo as mesmas entregues ainda naquela data juntamente com todos os documentos relacionados à questão. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** solicitou a cópia dos ofícios encaminhados às entidades médicas e suas respostas, a gravação de voz da última reunião da plenária onde foi definido esse ponto de pauta, os nomes dos representantes das entidades médicas, e as

2074 falas registradas. Ao que a Mesa respondeu que iria fornecer a todos os conselheiros esse conjunto de
2075 documentos. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, reafirmou que em novembro haverá um
2076 ponto sobre atenção à saúde com a presença da SAS tratando dos temas de política da população negra,
2077 de oncologia, de atenção à criança, dentre outras. Assim a Mesa deverá receber os pareceres no prazo
2078 para pensar a melhor forma de trabalhar a dinâmica. Combinarão a melhor forma com os pareceristas
2079 para apresentação. A Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** pediu que ficasse registrado que os
2080 documentos solicitados são os ofícios oriundos da FENAM (o 1º), do CFM, e o que a Secretaria Executiva
2081 enviou a ambos. O Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** afirmou que de acordo com o Regimento
2082 deve ser designado um relator. Foi respondido pela Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** que o relator é
2083 quem pediu a vista, sendo 9 relatores. A Conselheira **Clarice Baldotto** pediu esclarecimento se tudo que
2084 é feito no Conselho Nacional de Saúde segue o regimento interno, ao que foi respondida que sim. Após
2085 esse esclarecimento foi encerrado o ponto de pauta. **Encaminhamentos: 1) Concedida vista do**
2086 **processo aos Conselheiros Nelson Augusto Mussolini, Eurídice Ferreira de Almeida, Wanderley**
2087 **Gomes da Silva, André Luis Bonifácio de Carvalho, Renato Almeida de Barros, Haroldo Jorge de**
2088 **Carvalho Pontes, Ivone Evangelista Cabral, Wilen Heil e Silva, e Maria Laura Carvalho Bicca. 2)**
2089 **Cada conselheiro a quem foi concedido o pedido de vista deverá apresentar seu relatório na**
2090 **próxima RO.** Com essa deliberação foi encerrada a mesa e iniciado o próximo item da pauta. Foi feita
2091 pausa para o lanche e logo após retornaram com o próximo item de pauta. **ITEM 05 – COMISSÃO**
2092 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH/CNS** *Apresentação:* **Ivone Evangelista Cabral**,
2093 Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS; **Alexandre Medeiros de**
2094 **Figueiredo**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS.
2095 *Coordenação:* Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS. Foi pedido que ao final
2096 peçam que o os 60 dias para o diagnóstico do câncer de mama se reduzam para 1 dia e que não haja
2097 conhecidos afetados. Não se pode deixar que o problema bata à sua porta pra iram à luta. A
2098 coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, cumprimentou a todos, presentes e internautas, e
2099 convidou Rosane Pagani, da coordenação nacional de residência multiprofissional em saúde/
2100 Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) /SGETS
2101 para compor a mesa trazendo informações que no futuro envolverão conselheiros nacionais, municipais e
2102 estaduais, a organização de um seminário que o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Comissão
2103 Intersetorial de Recursos Humanos tem atuado na comissão organizadora com 3 representantes, o
2104 Conselho Federal de Serviço Social, representado pela Ruth, Maria Luísa Jegger da Rede Unida, e a
2105 representação da ANPG que nesse momento ainda não tem um nome indicado., mas que teve sua
2106 participação assegurada. **Rosane Pagani** iniciou agradecendo a oportunidade de apresentar o seminário
2107 e falar sobre a residência multiprofissional. Demonstrou satisfação em poder contar com a parceria e
2108 colaboração dos conselheiros e da CIRH dentro desse processo. Afirmou estarem em um momento muito
2109 importante de retomada da comissão de residência multiprofissional onde se discute várias questões que
2110 são muito ricas, como, por exemplo, a certificação de todos os residentes formados no Brasil, realizar
2111 monitoramento e avaliação in loco de todos os programas e a preparação para o 5º seminário nacional
2112 onde seria discutido fundamentalmente o fortalecimento da política nacional da residência
2113 multiprofissional. Afirmou desejar a participação dos conselheiros na construção e participação nos
2114 seminários. Apresentou os objetivos: Preparação para o V Seminário Nacional de Residência em Área
2115 Profissional da Saúde. Ampliar a discussão sobre a Residência em Área Profissional da Saúde como
2116 estratégia para a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde, no contexto do Sistema Único
2117 de Saúde. Possibilitar o debate sobre os principais avanços necessários para a Residência em Área
2118 Profissional da Saúde, a partir das realidades locais levando em consideração as necessidades de saúde,
2119 os conhecimentos e as experiências prévias. Refletir sobre os pressupostos da Residência em Área
2120 Profissional da Saúde, no que se refere aos conteúdos mínimos e cenários de práticas inseridos nas
2121 Redes Prioritárias do SUS. Explicou que houve uma alteração na nomenclatura da residência que
2122 chamava Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde e retomaram a expressão que conta
2123 na Lei nº 11129/05, que é Residência em Área Profissional da Saúde para ficar mais claro que se refere
2124 tanto à Multiprofissional quanto à Uniprofissional. A formação em residências é uma formação padrão
2125 outro para o SUS, sendo considerada muito importante. Haveria 2 momentos em relação às inscrições. O
2126 1º já foi feito trabalhando por representação de segmento. O público seria Residentes,
2127 Tutores/Preceptores, Controle Social, Coordenadores de Residências em Saúde, Gestores do SUS e
2128 Instituição de Ensino. Os Facilitadores: DEPREPS/SGTES/MS, DDES/SESU/MEC, CIRH/CNS, CNRMS.
2129 O primeiro momento da inscrição já foi feito e conseguiram financiar uma parcela dos participantes, cujo
2130 critério foi no Brasil ter representante de preceptor, residente e coordenador por COREMU. Esse era o
2131 segundo momento de inscrição das pessoas que podem participar com financiamento próprio ou da
2132 instituição. Para fazer a inscrição basta acessar o site do MEC. No seminário foi priorizada a participação
2133 do CONASS e dos conselheiros. Em cada grupo de discussão seriam 4 grandes seminários e em cada
2134 um deles haveria divisão por grupo, numa média de 6 a 7. Em cada um deles deve ter um representante
2135 de um conselheiro local, regional ou estadual, conforme a divisão possível para discussão em cada um
2136 dos grupos. Datas e locais prováveis para os Seminários Regionais. Seminário na Região Sul da

Residência em Área Profissional da Saúde. Local: Porto Alegre. Data prevista: 13 e 14 Novembro. Participantes: 250. Responsável Local: Ricardo Burg Ceccin. Seminário na Região Sudeste da Residência em Área Profissional da Saúde. Local: Uberlândia. Data: 19 e 20 Novembro. Participantes: 350. Responsável Local: Odorico Coelho da Costa Neto. Seminário na Região Nordeste da Residência em Área Profissional da Saúde. Local: Recife. Data: 01 e 02 Dezembro. Participantes: 280. Responsável Local: Vinicius Suares de Oliveira e Daniele Silva. Seminário na Região Norte e Centro- Oeste da Residência em Área Profissional da Saúde. Local: Brasília. Data prevista: 27 e 28 Novembro. Participantes Geral: 200. Responsável: MEC, MS e CONASS. Fizeram a união por serem 2 regiões prioritárias para fortalecer a implantação e formação em residência e escolheram Brasília, segunda opção, por questão de logística. Seria na região norte inicialmente. Ampliaram o prazo dos editais de residência. Edital nº 31 de 24 de julho de 2014 – Concessão de bolsas NOVAS OU AMPLIAÇÃO - para Residência Médica; Edital nº 32 de 24 de julho de 2014; Concessão de bolsas– NOVAS OU AMPLIAÇÃO – para Residência em Área Profissional da Saúde; PERÍODO DE APRESENTAÇÃO DOS PROJETOS: 11/08 A 31/10 Inscrição – sigresidencias.saude.gov.br. pediu que isso fosse divulgado nos estados e municípios. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, explicou que a CIRH fez um levantamento dos conselheiros titulares e suplentes (1º e 2º) que residem nesses municípios onde ocorrerão os seminários regionais. Pediu que os conselheiros que tivessem agenda e pudessem representar o Conselho Nacional de Saúde que informassem ao Técnico Alex. Além disso, fariam contato com os conselhos estaduais e municipais para que eles também indicassem participantes. Apresentou a tabela. As condições para participação são: 6 representantes do Controle Social em cada cidade dos Seminários Regionais: 1 representante do Conselho Municipal de Saúde local; 1 representante do Conselho Estadual de Saúde local; e 4 representantes do Conselho Nacional de Saúde (Conselheiros nacionais e membros da CIRH). Sobre os representantes do CNS: Não há recursos financeiros para custeio de passagens e diárias; Preferência para representantes com domicílio nas cidades dos seminários (Porto Alegre/RS, Uberlândia/MG, Brasília/DF e Recife/PE); Representantes de outras cidades poderão ser indicados se as passagens e diárias forem custeados pela entidade de origem; Voluntários enviar e-mail para alex.sales@saude.gov.br ou entrar em contato nos telefones (61)3315-3180 ou (61)3315-2880. Esses seminários regionais são preparatórios para o seminário nacional. Passou a tratar da SÍNTESE PRELIMINAR SOBRE O DEBATE DA SAÚDE COLETIVA CIRH/CNS. PLEITO DO FÓRUM DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO – INCLUSÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA – 15ª CATEGORIA PROFISSIONAL CNS. Isso iria tramitar no CNS e na CIRH. Apresentado em 20/04/2014 essa nova categoria de profissional de saúde teria assento no Conselho Nacional de Saúde, modificando a resolução de 1998 que trata desse assunto. Resolução CNS nº 287/ 1998. Esse assunto foi pautado no 2º dia da RO da CIRH que aconteceu em fortaleza por ocasião do congresso da Rede Unida. Fizeram escuta dos representantes do fórum que deram relato do histórico dos cursos de graduação em saúde coletiva já existentes, a participação desses cursos em diferentes programas financiados pelo governo, como o PET-Saúde, Pró-Saúde, Ver-SUS e Residências; o perfil dos discentes da saúde coletiva e o desempenho dos cursos em avaliações já realizadas pelo INEP. O encaminhamento da CIRH foi o pedido de levantamento da existência de algum parecer do CNS ou do MS sobre saúde coletiva. Foi solicitado o PPC das escolas que estão ministrando o curso, editais de concursos públicos para análise do perfil do profissional, levantamento de avaliações dos cursos pelo INEP, levantamento de políticas indutoras da saúde coletiva. O Fórum da ABRASCO providenciou todos esses documentos que foram novamente pautados na reunião da CIRH no mês de julho. Na 146ª Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, de 23 e 24 de julho de 2014, foi comunicado o recebimento da documentação enviada pelo Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO e o assunto foi pautado na RO CIRH de 20 e 21 de agosto. Encaminha como anexo do Documento 11 projetos pedagógicos. Eles informaram que existiam 19 cursos, todos ministrados por instituição federal/estadual de ensino superior, ou seja, escolas públicas. A grande maioria já foi avaliada pelo sistema e apresenta um conceito de curso entre 4 e 5, sendo bem avaliados. Quanto aos editais de concursos realizados, contendo o perfil profissional dos candidatos, informa e encaminha cópia digitalizada de 10 editais de concursos (residência e cargos públicos) realizados nos Estados do Acre (3), Bahia (1), Rio Grande do Sul (4), Paraná (1) e 1 de Residência Integrada em Saúde. Há coincidência entre os requisitos dos concursos e o PPC dos cursos. Até o final do ano de 2013, o sistema e-MEC registrava 1775 alunos matriculados e 259 bacharéis, já atuando no mercado. Também foram feitos outros 2 (dois) encaminhamento: 1) enviar Ofício ao MEC solicitando formalmente informações sobre os cursos de graduação em saúde coletiva regulamentados e as suas respectivas titulações; 2) enviar Memorando à CONJUR/MS questionando sobre os requisitos necessários para o reconhecimento de uma CATEGORIA PROFISSIONAL e sobre a abrangência da Resolução 287/98 (se ela define uma profissão ou somente a participação das categorias profissionais relacionadas no CNS). ENCAMINHAMENTO da reunião de agosto da CIRH:1) Elaboração de Nota Técnica da CIRH, com base na documentação e discussões realizadas, para levar ao Pleno/CNS. Na 148ª R.O. da CIRH, 24 e 25.09.2014 com a participação de representantes da CIRH e Conselheiro Nacional de Saúde na reunião do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, realizada durante o Pré-congresso de Epidemiologia, ocorrida em 6 e 7 de setembro de 2014, em Vitória/ES. A reunião contou com

representação docente e discente de maioria dos cursos de Saúde Coletiva e debateu entre outros temas as Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de saúde coletiva. Na reunião participaram, como representantes do CNS, indicados pela CIRH, dois (2) Conselheiros Nacionais, Haroldo Pontes e Luciana, esta última residente em Vitória/ES. A discussão das DCN Nacionais da Saúde Coletiva partiu de uma proposta inicial que foi discutida durante os dois dias da reunião. Na reunião do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, durante o Pré-congresso de Epidemiologia, ocorrida em 6 e 7 de setembro de 2014, em Vitória/ES foram debatidas duas questões de urgência: elaboração das Diretrizes Curriculares da Saúde Coletiva, já bem avançadas 2) reconhecimento da Saúde Coletiva como profissão. ENCAMINHAMENTOS: aguardar o parecer da CONJUR/MS para somente então levar à plenária do CNS; pautar o tema no pleno do CNS, para que haja amplo debate, inclusive político, com toda a riqueza de informações já levantadas; elaboração de Nota Técnica da CIRH/CNS para subsidiar o debate no Pleno do CNS, elencando todas as informações levantadas, histórico e encaminhamentos feitos pela CIRH, incorporando Editais existentes, Residência em Saúde Coletiva e PET-Saúde; que quando finalizada a proposta de DCN da Saúde Coletiva, as mesmas sejam encaminhadas ao MS e ao MEC, para análise. Isso foi feito e entenderam que na medida em que um edital do Ministério da Saúde inclui a saúde coletiva ele passou pela apreciação da CONJUR e o mesmo se dá em relação ao PET-Saúde. Ainda assim aguardam uma manifestação da CONJUR em relação ao tema. Quando finalizada a proposta de DCN para a saúde coletiva, elas serão encaminhadas ao Ministério da Saúde, à CIRH e ao MEC para análise. O mais interessante é que a proposta para construir essas diretrizes curriculares está saindo do próprio grupo que trabalha a saúde coletiva no Brasil. A questão é que esse assunto vem sendo discutido na plenária do Conselho Nacional de Saúde em vários momentos. O 1º foi em 2012. O propósito dessa reunião é que os conselheiros recebam o material, o leiam e constituam juízo de valor sobre o tema e ver qual deliberação irão conduzir, possivelmente na pauta da CIRH da RO de novembro do CNS. Socializou que esse tema vem sendo debatido na CIRH desde abril e o plenário precisa tomar conhecimento de como está sendo conduzido o debate e se alicerces de todos os argumentos, a favor ou contra, mas que sejam materializados em documentos pertinentes. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que no documento disponibilizado consta a íntegra da discussão feita em 2012 na OPAS. **Manifestações.** O Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** reforçou que em nenhuma das discussões na CIRH nenhum dos conselheiros fez qualquer restrição ao apoio aos cursos de saúde coletiva. A despeito do dado oficial da existência de 19 cursos já viu dados que falam em 27 cursos de saúde coletiva no país. Algumas pessoas já concluíram o curso e estão trabalhando na área. Além do edital do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, há uma iniciativa no estado do Amazonas que formarão, ao mesmo tempo, mais de 500 sanitaristas. Em todas as discussões feitas há um claro apoio e acrescentou que participou da reunião do fórum citada ocorrida em Vitória/ES onde renovaram sua coordenação, com 3 estudantes e 3 professores, um destes fazia parte da coordenação anterior e outro é de Brasília e participou da reunião da CIRH. Um dos 3 estudantes estava presente àquela RO. Nesta reunião, além da discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais, também apresentaram o pleito, cuja ideia é a alteração da resolução de 1998 que relaciona as categorias profissionais da área da saúde. Explicou que não há um encaminhamento da CIRH para aguardar o parecer da CONJUR (deveria ser algum erro de digitação), essa é a opinião de alguns representantes da CIRH, mas essa não foi a posição da comissão e entenderem não ser necessário votar a esse respeito. Outros membros têm outra opinião de que não é preciso aguardar esse parecer por vários motivos, dentre eles o fato de já estar no edital do Ministério da Saúde. Além do que, se por um acaso, essa resolução for alterada, isto passará por um parecer da CONJUR. Então o encaminhamento não é aguardar o parecer, mas enviar ao pleno do CNS. Os outros argumentos, deixou para o dia do debate que deve ser pautado o mais rápido possível. A estudante **Flavia Cavalcanti**, membro do Conselho Gestor do Fórum de Saúde Coletiva da ABRASCO, disse ser um prazer enquanto estudantes participar desse momento. Tem acompanhado de perto o controle social no estado da Bahia e no Município de Salvador e é a primeira vez que participa do Pleno do Conselho Nacional de Saúde. Alegou estarem em um a trajetória de organização, tanto de estudantil, quanto de coordenadores do curso que não é nova, mas o pleito é novo, de 2012 para cá. Mas a ABRASCO que tinha o nome de Associação de Pós-graduação em Saúde Coletiva teve a mudança do nome em 2011 para Associação Brasileira de Saúde Coletiva entendendo que a graduação em saúde coletiva passaria a fazer parte dessa entidade. Possuem um espaço institucional nessa entidade que é o fórum de graduação. Hoje avaliam importância de darem encaminhamento deste pleito no Conselho Nacional de Saúde tendo em vista que as resoluções e deliberações que esse espaço possui têm uma significância social e representará uma série de desdobramentos nessa luta pela inserção no mercado de trabalho em várias outras esferas. Salientou a existências de egressos bacharéis em saúde coletiva contratados pelo Ministério da Saúde como bacharel em saúde coletiva, sanitarista (2 na DAB, 4 na SGETS, e 1 na SVS). No estado do Acre foi criado pela Secretaria estadual um cargo para dar conta desse profissional formado pelo curso de saúde coletiva, gestor em saúde coletiva, contratando por concurso esses profissionais. Na Bahia a carreira de sanitarista não é nova, data da década de 1970, com os profissionais formados pelo PIAS, onde estão com o processo muito bem encaminhado para inserção desses profissionais na carreira da Secretaria Estadual de Saúde, inclusive com um excelente diálogo com o Sindicato dos Trabalhadores

da Saúde, SINDSAÚDE. O movimento está se dando instantaneamente em várias instâncias. Reiterou as falas, ressaltando a urgência de tratar esse assunto na próxima RO e dar ciência aos conselheiros do conteúdo do parecer, para que futuramente estejam naquele espaço ajudando a construir o SUS e a saúde brasileira. A Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, “Santinha”**, falou que a caracterização da saúde coletiva neste Conselho Nacional de Saúde é algo que ninguém questiona, até porque a base do SUS é a saúde coletiva. Quando formou-se médica sanitária, a carreira de sanitária era de médicos. Perguntou se hoje ela seria multiprofissional. É um vestibular para saúde coletiva ou alguma profissão (por exemplo, psicólogo) com habilitação em saúde coletiva. Questionou ainda se saúde coletiva é obrigatoriamente ligada à ABRASCO, todos os residentes em saúde coletiva. Se alguém não for ligado, não poderia entrar. Caso não seja, deveria ser retirado o nome dessa instituição. O Conselheiro **Clovis Adalberto Boufleur**, de posse da Resolução nº 287/1998, assinada pelo então Ministro da Saúde José Serra, e na época foram elencadas essas 14 profissões e destacou que além deste pleito da saúde coletiva já existe uma discussão, talvez não formalizada ou com todas as análises feitas pela CIRH, de outras categorias, como, por exemplo, os agentes comunitários de saúde. Perguntou se a CIRH não poderia incluir essa demanda na análise feita. Se for caso de ausência de demanda formal, inclui nesse momento, enquanto conselheiro, o pedido formal de inclusão dessa categoria. Da última vez que o tema foi pautado a resposta foi que não havia pedido formal de inclusão, por isso propõe a discussão e a consulta à categoria sobre seu desejo de fazer parte do Conselho Nacional de Saúde, apesar de saber que o foco é saúde coletiva, aproveito para incluir a demanda que terá um impacto da mesa proporção no SUS. O Coordenador Adjunto da CIRH/CNS, **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, reforçou as falas anteriores e deu o testemunho do trabalho do egresso do bacharelado em saúde coletiva no cotidiano do SUS. Afirmou que possui 4 deles trabalhando consigo na SGETS e sua contribuição tem sido bastante proveitosa para a gestão pública. Há um grande gargalo na formação com uma quantidade muito grande de postos de trabalho em que o bacharel em saúde coletiva poder atuar em todo o território nacional e isso iria qualificar a gestão do SUS o que acarretaria em qualificar a assistência, reduzir o tempo. O gargalo não é só gestão, mas ter profissionais com graduação específica, somente em saúde coletiva é muito importante, com contribuições e competências necessárias para o bom desenvolvimento da gestão do Sistema Único de Saúde e ter esses profissionais na gestão federal, estadual e municipal seria um grande avanço. Embora seja médico, não é sanitário. Seu curso é baseado na assistência e saúde coletiva é área adicional. Em todos os momentos em que se discutiu esse tema na CIRH ficou clara a importância dessa profissão para o Sistema Único de Saúde. Informou que as alterações na Portaria 1077 inclui saúde coletiva nas residências, sendo requisito ser bacharel nessa área. Além do reconhecimento da gestão pública em todos os âmbitos dessa profissão. No NASF tem um CBO transitório e irão acrescentar a portaria no documento. O Conselheiro **André Luis Bonifácio de Carvalho** afirmou ser esse um momento histórico para os alunos presentes porque muitos dos que transitaram por sua profissão e optaram por ser sanitários (ele é fisioterapeuta com residência em medicina preventiva e social, fez uma formação em saúde coletiva e um concurso para sanitário na década de 1990 na prefeitura de João Pessoa/PB) é um privilégio para alunos como esses discutir no Conselho Nacional de Saúde sua participação como cidadão e requerer algo que acredita chegará a um bom termo. Existe um princípio. Os cursos forma criados porque esse Pleno aprovou sua criação. Ao que foi informado que não passam pelo CNS, todavia tem legalidade reconhecida pelo MEC e devem ter seu futuro profissional garantido. O próprio governo está assumindo esses profissionais como trabalhadores e o edital incorporou esses profissionais recentemente. Esse tema é importante e deve ser trazido em novembro, não obstante todos os temas a serem discutidos. Não pode postergar muito, novembro será muito proveitoso, independentemente da quantidade de questões a serem discutidas. A Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, afirmou que teve a alegria de ser paraninfa de uma turma de graduação em saúde coletiva pela UnB esse ano e ficou muito emocionada porque passa um filme na cabeça de quem também passou por graduações. Ela se graduou em filosofia com pós-graduação em serviço social e hoje é presidente do Conselho Nacional de Saúde. E isso não estava em sua trajetória desde a graduação. Compartilhou que nem diante da Presidenta Dilma Rousseff ficou tão emocionada quanto naquele momento. O Conselho Nacional de Saúde não é um órgão regulador e, portanto, devem ter um parâmetro de legalidade porque não podem ser inconsequentes. Mas a questão não é de legalidade, e sim política. Por isso os argumentos que devem se embasar são outros. A área de conhecimento na saúde que forma hoje muitas pessoas em medicina não garante nenhum compromisso ético profissional com a saúde pública brasileira nem com o Sistema Universal de Saúde. A produção do conhecimento hoje na área da saúde nem sempre garante uma boa prática do profissional de saúde ou compromisso com a saúde pública ou de repensar o papel da saúde do país. Estão diante de jovens que ao entrarem num curso desse já fazem, de início, uma opção política. E não é pelo mercado da saúde, e nem para concorrer com outras profissões de saúde. Alegou estar extremamente emocionada (se tinha na década de 1980, não conhece, está conhecendo de um tempo para cá). Querem profissionais que tenham compromisso com a saúde, que enfrentem o debate das necessidades sociais, que queiram fazer carreira no SUS, que olhem para os usuários de outra forma, que pensem o modelo de atenção à saúde que não seja focado na assistência, com compromisso ético-profissional. Não sendo um órgão regulador, tudo isso pode

fundamentar, mas não é o essencial. Por isso acha que não têm porque ser contrários a nenhuma reivindicação de jovens que querem desde a graduação fazer carreira na saúde pública brasileira. Externou estar emocionada e muito feliz por isso. Outras profissões capturam jovens porque têm visão de mercado em ganhar dinheiro. Eles sabem que não irão ganhar dinheiro sendo sanitistas. Não vê porque, como usuária e presidente desse conselho, fez um apelo aos trabalhadores. Precisam de profissionais com esse perfil na saúde. Não são órgão regulador, e sim uma instância do controle social e agradeceu que eles tenham procurado o CNS, não são conselho profissional, nem organização sindical ou a própria ABRASCO, o campo da academia e da comunidade científica. São esses jovens que estão ali de forma organizada dialogando com eles. Fez esse apelo que tem um sentido muito forte pra si, que não é profissional da saúde e talvez por isso não seja tão corporativa. É filósofa, educadora e precisam de profissionais e jovens como eles. Precisam avançar. E a luta deles pela regulação e pelo mercado de trabalho não é nesse fórum. Aquele é um passo para que eles possam ser reconhecidos em outros lugares. Eles devem contribuir, até porque a assistência social está ali. Não vê como colocar nenhum tipo de dificuldade e eles já terão inúmeras outras. Que o CNS não seja a primeira barreira. O Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** falou na condição de representação do movimento sindical a que se referiu a Presidente do CNS e dos trabalhadores da saúde, condição na qual não tem como fugir de que no processo de análise de qualquer transformação no mercado de trabalho colocar as disputas do mundo do trabalho no centro da análise. No debate sobre o mundo do trabalho o que precisa colocar no centro da análise as transformações que ocorrem no Brasil e no centro produtivo de qualquer área precisam ser debatidas com maior profundidade para, na prática, nos desdobramentos das decisões, das regulamentações, das contratações que se estabeleça na sociedade não servir a outro interesse que não o da saúde pública e da valorização do trabalho. Esse debate sobre outras profissões que o processo de produzir as coisas vai gerando, como ocorreu na fisioterapia e na psicologia, nascendo ao longo do processo histórico da farmácia, da medicina, enfermagem, que surgiram outras profissões surgiram do desenvolvimento de como se produzem as coisas. Estão a muito tempo, no caso da saúde, distanciados do debate sobre o trabalho na saúde. A abertura desses cursos não foi discutida no Conselho Nacional de Saúde. Há muito tempo o Conselho Nacional de Saúde e o controle social têm tido dificuldade de fazer um debate mais amplo sobre o trabalho na saúde e sobre a questão dos recursos humanos. Ao ponto que existem 14 profissões mas esse conselho de debruça para analisar a abertura de 3 ou 4 cursos. Farmácia, fisioterapia, nutrição, e um conjunto de outras profissões que têm um arcabouço de técnicas, conhecimentos, arte, que precisam se desenvolver e dialogar com o desenvolvimento do sistema pouco tem debatido ali. E surgem outros fazeres e outras artes que precisam discutir, mas não dá para esse processo de desenvolvimento entrar numa áreas que é absolutamente transversal da saúde coletiva e formar caixinhas porque entende que o farmacêutico, necessariamente, é um profissional de saúde e por isso, as relações com a saúde coletiva devem ser uma premissa do seu processo de formação, da sua invenção, a partir de um núcleo de conhecimento, técnicas e fazeres que são próprios da profissão, que fazem o arcabouço do farmacêutico, da mesma forma que fazem o arcabouço do nutricionista. Só que eles têm discutido muito pouco as interfaces e o desenvolvimento das profissões nesse espaço. O que traz por consequência o pouco desenvolvimento de tecnologias leves vinculadas ao processo do trabalho dessas profissões. São muito bons e conseguem desenvolver muito a questão da gestão, mas não da atenção e tecnologias vinculadas ao desenvolvimento de processo de trabalho. Concluiu que essa demanda é muito bem vinda porque traz uma reflexão mais profunda do trabalho na saúde e da singularidade de cada fazer. O modelo de atenção à saúde concerta muito no fazer médico. E para se contrapor a ele um conjunto de artes e práticas colocam o fazer geral, desconsiderando que há outros fazeres e outras práticas da saúde que precisam ter, assim como na médica, esse debate da saúde coletiva. É preciso aprofundar o debate respeitando o histórico das profissões da saúde e a CIRH tem trazido um novo momento do debate dos recursos humanos para o Conselho Nacional de Saúde, esse debate é um reflexo disso, que os permite colocar o debate sobre o trabalho e sobre a formação, sobre a intervenção na saúde num patamar diferenciado. O Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que se sentiu provocado na fala da Presidente do Conselho Nacional de Saúde e que a fala anterior vai na mesma linha do que tem dito há algum tempo, de que é necessária uma discussão sobre a força de trabalho. E esse debate ajudará a não deixar que o mercado regule a formação e o perfil dos profissionais, mas sim ter uma política de Estado para regulamentar essas profissões do cuidar da vida. E essa formação e esse debate perpassam aquilo que a Constituição em muito avançou. A Constituição daquele período e os profissionais que vivenciaram os anos 1970 e 1980 e a sinalização ali dada, não conseguiram mais avançar após os anos 1990. Relatou ter a impressão de que pararam no tempo porque quando a Constituição responsabiliza o SUS para ordenar a formação deveria ser construída a política de Estado para a formação e a real necessidade para haver a mudança de modelo. Não do cuidar do doente, e sim a prevenção. E a CIRH tem um papel fundamental nessas ações que sinalizou, como sempre coloca, de orientar esse plano. E ajudar a pensar a necessidade de intervir no ponto de estrangulamento do sistema: sua força de trabalho e a formação de profissionais para cumprir o que está na Constituição e fazer, de fato, a areal mudança de modelo com a formação dos sanitistas. Uma área de formação que começou a partir dos anos 1970 em uma provocação ocorrida na época da varíola e das ações dos

primeiros sanitistas, algumas pessoas pensantes que tinham no Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e a necessidade de formação nos estados, a exemplo de Minas Gerais, quando começou a se pensar na epidemiologia e na organização dos serviços e a não existência de profissionais que poderiam inclusive dar as respostas necessárias que eram demandadas naquele momento. E o pensar daqueles que viam a necessidade de ter uma nova formação, mas avançaram no processo constituinte, mas estacionaram no tempo onde não conseguem mais avançar. A CIRH, em um dado momento, e o pleno desse Conselho Nacional de Saúde, talvez possam aprofundar esse debate para que possam, inclusive, dentro das 14 profissões regulamentadas ter um novo perfil de formação que possa de fato contribuir para a construção desse Sistema Único de Saúde que tanto defendem. Essa provocação deve aprofundar o debate e fazer o efetivo controle, social para construir um sistema que não seja a política de um governo, mas como política de Estado para conseguir avançar. Tem ouvido muito falar que os profissionais da saúde são cuidadores da vida e questionou como cuidar desses cuidadores para que eles possam cuidar e ser cuidados precisam de qualidade de vida, formação e qualificação. **Retorno da mesa.** A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, concluiu que aprofundar o debate foi consenso no plenário, e a necessidade de conjugá-lo com critérios para não ser uma demanda individual. Sempre consideram que há muitas categorias profissionais que hoje transitam e estão desenvolvendo suas práticas no campo da saúde. E essa definição do que é uma categoria profissional no campo da saúde e ocupação profissional foi bastante debatido, assim como o que é uma profissão do ponto de vista da sociologia das profissões, o que é uma profissão de interesse coletivo. Nesse percurso receberam muitas mensagens e e-mails pedindo o reconhecimento de várias profissões, algumas que sequer sabiam que existia e as demandas chegam muito com natureza individual. A pessoa deseja ver a profissão que escolheu reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde. Já receberam pedido de reconhecimento do profissional esteticista porque entendem que atuam no topo da saúde. Trouxe esse exemplo porque não existe nenhum debate anterior sobre isso. Em relação aos agentes comunitários de saúde falou que a resposta está na Resolução nº 287 que fala em categorias profissionais de nível superior. Pelo levantamento que fizeram o Conselho Nacional de Saúde nunca discutiu categorias profissionais de nível médio e técnico para ter assento no CNS. Considerou muito bem-vinda a entrada dessa categoria que poderiam estar como candidatos na vaga dos usuários do serviço de saúde. Nada impede. Todos são usuários do Sistema Único de Saúde, inclusive os profissionais da saúde. Caso façam parte de alguma central sindical podem se candidatar a uma vaga no CNS. Não há impedimento no regimento desde que seja entidade. Não é só a representação de uma profissão ou de um segmento, mas a entidade que está ali se fazendo representar. Constituindo a entidade qualquer grupo profissional, de acordo com o regimento, que tenha dimensão nacional e esteja presente em, no mínimo, 9 estados da federação e em 3 regiões do país. Se tiver tudo isso, está habilitada a concorrer uma vaga no Conselho Nacional de Saúde que é um espaço, público, aberto, com edital público. É importante frisar isso, porque fica parecendo que criam restrição. A resposta que tem que se dar a essa dúvida, que pode ser a mesa de muitos que estão assistindo à transmissão é como chegar ao Conselho Nacional de Saúde. Leiam com muita atenção o regimento interno do Conselho Nacional de Saúde e verifiquem se sua entidade (ou faça parte de uma entidade) que possa ser sua voz no conselho. Em relação ao debate sobre o trabalho na saúde concordou com as duas falas de que a matriz de toda a problemática é essa mesma. Qual o perfil e o campo de atuação de cada profissão do arcabouço do cuidado em saúde e olhar para cada um deles e ver quais são as áreas de confluência. Isso talvez seja um debate que vai para além do Conselho Nacional de Saúde. Deve estar na pauta do MEC e olhar as diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde de quais são as áreas de competência geral de todas as áreas da saúde e qual é a área de competência específica. Fizeram um debate no Conselho Nacional de Saúde em relação às diretrizes curriculares de medicina em que apareciam as competências gerais e específicas da formação em saúde. Esse é o momento oportuno de configurar, pelo menos nas diretrizes curriculares, qual é o perfil profissional que se deseja para cada uma. Esse novo perfil da formação é um ponto de estrangulamento do sistema. Ele deve estar alinhado com o novo desenho do Sistema Único de Saúde e a formação do aluno dentro do SUS, das redes de atenção à saúde, olhado a diversidade da conformação do povo brasileiro e sua etnicidade e não pode só olhar para o eixo sudeste, o sudeste maravilha, e não ter um olhar industrializado. Esse é o caminho a seguir e o Conselho Nacional de Saúde pode ser indutor desse debate na medida em que assume o seu papel junto com o Ministério da Saúde, da ordenação da formação de recursos humanos. Irão incluir o item da portaria da SAS e o nº da CBO no material a ser enviado aos conselheiros para que eles possam se inteirar do assunto e estar bem preparados para a próxima reunião. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que o encaminhamento da comissão absorve essas sugestões e tentarão trazer isso em novembro porque o plenário talvez tenha que delegar à mesa um rearranjo da agenda porque provavelmente não haveria tempo de discutir tudo. A coordenadora da CIRH, **Ivone Evangelista Cabral**, passou para a análise dos pareceres enviados com 10 dias de antecedência e os destaques deveriam ser enviados pelos conselheiros. Iniciou pelos insatisfatórios. **1) Referência:** Processo nº 201302083. **Interessado:** Faculdade Ruy Barbosa. **Curso:** Autorização do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação

superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, e a decisão do Despacho Saneador tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Há documentos anexados ao Processo, que comprovam a assinatura de Termos de Convênios ou Termos de Compromisso entre a IES e a Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMSSa) e a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESBA) nos diferentes níveis de complexidade para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, estando (sim ou não) assegurados os cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90. Inclui convênio com 1 hospital de média complexidade, que participa do sistema de referência e contra referência, localizado na cidade de Salvador: SEMEC – Serviço Médico Cirúrgicas Ltda. Porém o prazo de validade desses convênios são de 2 anos e foram assinados em 2012 (convênio SEMEC – sem data de assinatura e SESBA em 18/12/2012) e SMSSa em 15/03/2013. b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Há menção sobre a importância da participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme menção recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90. Porém não há comprovação ou registro da participação desses atores na construção e desenvolvimento do PPC. c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. Não há indicação de que o aluno se inserirá na comunidade no primeiro ano do curso. Os estágios iniciam-se a partir do 5º semestre. d) A necessidade social para abertura de um novo curso de odontologia no Município. O município de Salvador (BA) já conta com seis cursos na cidade que disponibilizam 840 vagas, compatíveis com a estrutura de saúde pública existente a ser usada como campo de ensino e aprendizagem. O número de vagas ofertadas por IES nos oito municípios próximos que compõem a Região Metropolitana de Salvador totalizam 180 vagas. Somando-se há uma disponibilidade total de 1.020 vagas para o curso de Odontologia. Apesar deste número, a IES justifica a necessidade social em saúde para abertura de outro curso naquele Município devido o advento dos projetos de saúde do SUS, a abertura dos Programas de Saúde da Família e a inserção de cirurgiões dentista em cargos nas Secretarias de Saúde das prefeituras e estados. e) A coerência entre o PPC e sua implementação. As atividades práticas de formação estão relativamente priorizadas na atenção básica em unidades básicas de saúde, com atividades práticas em saúde coletiva a partir do 5º semestre do curso e no Estágio Curricular Supervisionado. Porém, o Relatório de Avaliação in loco aponta que “O PPC não se apresenta totalmente coerente com as DCN. A estrutura curricular contempla de maneira insuficiente o aspecto flexibilidade além de existir pouca carga horária prática em detrimento da teórica. O currículo não contempla a carga horária prática mínima de 55%”. Entretanto através de recurso interposto pela Faculdade Ruy Barbosa ao CGCIES/DIREG/SERES, face ao relatório de Autorização do Curso de Odontologia encaminhado na visita in loco, houve parecer favorável à impugnação da relatoria em alguns pontos. Porém foi mantido o parecer da Comissão atribuindo conceito 2 a este indicador. As atividades relacionadas à educação ambiental, direitos humanos e relações étnico-raciais e ensino da cultura afro-brasileira e indígena estão listadas nas Atividades Complementares como Programa de Experiências (PEX), mas as mesmas não estão especificadas ou alocadas na matriz curricular de uma forma clara e sem especificação da carga horária destinada a esse tipo de atividade. f) O corpo docente informado (09 professores), a serem contratados em regime de tempo parcial, corresponde de maneira suficiente com as 108 vagas anuais pretendidas pelo curso de odontologia, 54 por semestre, para viabilizar as disciplinas que serão ofertadas nos primeiros semestres. Segundo o Relatório de visita in loco o NDE não parece estar institucionalizado, pois apenas um de seus membros apresenta vínculo empregatício atual com a IES. Foi atribuído nota 2 a esta dimensão. Entretanto após o recurso da IES e mediante o relato da própria comissão e da prova documental – consta do PPC postado no e-MEC os nomes dos 6 professores que compõem o NDE – informando também a participação do NDE na construção do PPC do curso, bem como devida comprovação por meio de atas de reunião, às quais a Comissão reconheceu e mencionou em seu relatório, entendendo que o Indicador é atendido como bom e, portanto, alterando o conceito de 2 para 4. g) Sobre a infraestrutura do curso Os laboratórios didáticos especializados implantados atendem de maneira SUFICIENTE aos aspectos quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas pretendidas; e que os laboratórios descritos no PPC apresentam os equipamentos/modelos/lâminas de aprendizagem específicos para Odontologia que possam corresponder satisfatoriamente às ementas das unidades curriculares e a quantidade de vagas previstas para os 2 primeiros anos de curso. h) Índice Geral de Cursos (IGC) é 3 (2012). i) Não há registro de que a IES possua Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou mantenha convênio com outra instituição que o possua. Em síntese, os Pontos frágeis do curso que demonstram: a) Os prazos de validade dos Convênios com serviços de saúde do SUS já estão vencidos ou a vencer; b) O PPC não demonstra que há participação do gestor local na sua elaboração e implementação; c) O PPC não se apresenta totalmente coerente com as DCNs. A estrutura curricular contempla de maneira insuficiente o aspecto flexibilidade além de existir pouca carga horária prática em detrimento da teórica. O currículo não contempla a carga horária prática mínima de 55%”. d) A matriz curricular do curso e as ementas das disciplinas não trazem claramente a abordagem do conteúdo

referente às atividades relacionadas à educação ambiental, direitos humanos e relações étnico-raciais e ensino da cultura afro-brasileira e indígena. **PARECER FINAL: INSATISFATORIO** a abertura do curso de Odontologia pela Faculdade Ruy Barbosa, na cidade de Salvador, com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. **2) Referência:** Processo nº 201357902. **Interessado:** Faculdades Pitágoras de Poços de Caldas – FPPC/ Poços de Caldas (MG). **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia - Bacharelado.

Fundamentos do Parecer: 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PDI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES declara no PPC que convênios foram estabelecidos com instituições públicas e privadas, governamentais e não governamentais, filantrópicas ou com fins lucrativos, cujos contratos e termos de compromisso são arquivados e disponibilizados pela direção da instituição. Em função dos Estágios Básicos e da Licenciatura, a IES informa que há convênio com as redes públicas de ensino, estadual e municipal, com previsão para a atuação na área da docência. No entanto, em reunião in loco tida com os atores do Curso foi constatado que a IES não tem oferecido esse tipo de formação ao estudante. Além disso, o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP, realizada no período de 9 a 12/4/2014, não faz menção como também, não há documentação alguma desse gênero, anexada ao Processo no Sistema e-MEC que comprove o relato da IES, e a perspectiva da interação com a rede de saúde do SUS, para garantir a utilização dos cenários de prática dos serviços de saúde SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. O PPC da IES não explicita o compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso, não permitindo verificar o comprometimento desses de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa que o aluno participa de programas de extensão na comunidade desde o início do curso. No entanto, o PPC da IES não explicita se essa participação e a inserção dos estudantes de Psicologia nos cenários de prática intra e extramuros ocorrem em parceria com o SUS ou mesmo na rede de saúde do SUS, visto que no município existem Centros de Atenção Psicossocial condizentes com a demanda da população, fatores preconizados pela Resolução CNS Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais regionais. De acordo com o Relatório de avaliação da visita in loco do INEP, realizada no período de 9 a 12/4/2014, o PPC contempla demandas de natureza econômica e social da cidade. Contudo, não há descrição da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando a absorção dos estudantes de modo especial em cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); No PPC anexado ao e-MEC não há projeto pedagógico complementar que contemple atividades pertinentes à licenciatura, o que implica em falhas no cálculo da carga horária total do curso e em contradição em relação ao texto previsto nas DCN (Artigo 13o), o que compromete em muito a estrutura e o conteúdo curricular praticados, incluindo os próprios estágios curriculares supervisionados. Não ficam claras as relações entre Estágio Básico (realizados nos 6º, 7º e 8º semestres) e os Estágios Específicos (9º e 10º semestres), e em que se diferenciam. É importante destacar que no referido relatório os itens sobre a estrutura curricular, os conteúdos programáticos e os estágios curriculares supervisionados receberam conceito 2 (dois); e) O corpo docente informado é de 22 professores, sendo 45% com pós-graduação stricto sensu (4 doutores e 06 mestres) e desses 30% (2 doutores e 1 mestre) contratados em regime de trabalho parcial. Não há nenhum professor contratado em regime integral. Do total de 22 professores 14 são professores horistas, o que não permite um acompanhamento direto das atividades discentes; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco (2014), que: “o acervo correspondente tanto a bibliografia básica como a complementar nem sempre está disponível. Há um desequilíbrio, pois algumas bibliografias básicas existem em grande número de exemplares em relação às vagas autorizadas e não existem exemplares de outras. Não existem gabinetes de trabalho implantados para docentes. A coordenadora do curso divide um gabinete com outras colegas responsáveis pela rotina do serviço-escola de psicologia. Há apenas duas salas para desenvolvimento de atividades de estágio e de supervisão de estágio, sejam elas clínicas ou não. O laboratório especializado (anatomia) implantado com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atende, de maneira suficiente, quanto aos aspectos: adequação, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos, embora atualmente o Curso tenha um número de matriculados inferior ao autorizado e, portanto, apresente pequena demanda de espaços e equipamentos, em especial o serviço-escola de Psicologia; g) O Índice Geral de Cursos (IGC) Contínuo da FPPC é 305 (ano 2012), o IGC faixa corresponde a 4 (ano 2012) e o Conceito Institucional igual a 3 (ano 2011); h) O Comitê de Ética em Pesquisa da IES. Não há menção sobre CEP no PPC da IES. Em síntese: 1) não há referência sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de Poços

de Caldas (MG) e de outros equipamentos sociais existentes na região; 2) não há explicitação do compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso; 3) não há previsão de inserção do estudante na comunidade desde o início do curso na rede de saúde do SUS; 4) não há como analisar a qualidade da formação, as relações com a saúde e a rede SUS existente na região, visto que na descrição da metodologia não fica clara a dinâmica das ênfases curriculares e com que conceito de Ênfase se está trabalhando; os estágios básicos e estágios específicos não estão explanados de modo claro. 2) Há necessidade de a IES: 1) redefinir as caracterizações dos estágios, articulando horizontalmente o Estágio Básico ao Núcleo Comum do curso e os Estágios Específicos ao Núcleo Específico e verticalmente, os Estágios Básicos aos Estágios Específicos e outras atividades, entendendo que a ideia do Estágio Básico é possibilitar ao estudante o contato com os cenários de prática desde o início do curso, o que não se disponibiliza na proposta pedagógica do curso; 2) especificar as Ênfases no Curso, detalhando e explicitando a relação com o campo da saúde; 3) apresentar Termo de Convênio e/ou de Compromisso com a rede de saúde do SUS e com os gestores locais; e 4) prever de forma programada a inserção dos estudantes desde o início do curso nos cenários de prática conveniados. Esses são os ajustes necessários para a IES reapresentar o peido caso recorram do parecer. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** ao reconhecimento do curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas - FPPC, no Município de Poços de Caldas (MG), com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **3) Referência:** Processo nº 201357008. **Interessado:** Faculdade Ciências Sociais Aplicadas de Sinop – FACISAS/ Sinop (MT). **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia - Bacharelado. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PDI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES cita a Secretaria Municipal de Saúde (unidades de saúde, unidade de saúde da família, CEM, CAPS, UPA, SAE), e o Hospital Regional de Sinop como instituições parceiras, registrando que há integração com sistema loco regional de saúde do SUS. No entanto, não há documentação anexada ao Processo no Sistema e-MEC que comprove a afirmação da IES, para garantir a utilização dos cenários de prática dos serviços de saúde SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90) Também não se observa na análise do PPC essa integração; b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. O PPC da IES não explicita o compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso, não permitindo verificar o comprometimento desses de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa que o aluno participa de programas de extensão na comunidade, contudo, o PPC da IES não explicita se a inserção dos estudantes ocorre desde o início do curso nos cenários de prática da rede de saúde do SUS, conforme preconizado pela Resolução CNS Nº 350/2005; Seu estágio ocorre no 8º e 9º semestre. d) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locorregionais. De acordo com o Relatório de avaliação da visita in loco do INEP, realizada no período de 25 a 28/5/2014, o PPC contempla as demandas de natureza econômica e social numa descrição geral do campo de atuação profissional, sem apresentar dados sobre a disponibilidade desses campos em termos de postos de trabalho. As metodologias de problematização, indicadas para a articulação entre teoria e prática não estão propostas no projeto e seus conteúdos curriculares não apresentam conteúdos inovadores. Não apresenta também, descrição da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando a absorção dos estudantes de modo especial em cenários de prática da rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado é de 19 professores, sendo 63% com pós-graduação stricto sensu (3 doutores e 9 mestres) e, desses apenas 26% (2 doutores e 3 mestres) contratados em regime de trabalho integral. Do total de 19 docentes há 7 professores horistas. O Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP informa que do corpo docente 75% estão na IES há pelo menos 3 anos e 50% dos docentes têm entre 1 a 3 produções nesse período; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco que a IES está passando por um processo de reformas. Por essa razão os docentes de tempo integral se utilizam dos espaços comuns alocados para os professores ou, no caso de serem coordenadores de curso, de gabinetes. O espaço destinado às atividades de coordenação é suficiente para as atividades básicas atribuídas à coordenação do curso. No entanto, não é adequada para atendimentos com características mais confidenciais por falta de condições para sigilo. As salas de aula foram recentemente reformadas, atendendo às necessidades do curso em termos de quantidades, dimensões em função das vagas, limpeza, iluminação, acústica, acessibilidade, conservação e comodidade. São deficientes em termos de ventilação natural, mas possuem refrigeração. A bibliografia básica atende as necessidades discentes. Os alunos se utilizam de dois laboratórios de informática, um deles com reserva para atividades de aula. g) Observaram os especialistas que a IES mantém poucas

assinaturas de periódicos impressos, cobertos pela possibilidade de acesso virtual. Os laboratórios didáticos especializados implantados se resumem a um laboratório de Anatomia, um laboratório de Microscopia e o Serviço de Atendimento Psicológico; h) O Índice Geral de Cursos (IGC) Continuo da FACISAS é 256 (ano 2012), o IGC faixa corresponde a 3 (ano 2012) e o Conceito Institucional igual a 3 (ano 2012). O conceito final de curso atribuído pela Comissão de Avaliadores do INEP foi 3; i) O Comitê de Ética em Pesquisa da IES. A IES não tem CEP. Seus projetos são encaminhados ao CEP da UNIC de Cuiabá, distante 480 Km. Em síntese, os pontos a seguir fragilizam a solicitação da IES: 1) não há documentação anexada ao Processo no Sistema e-MEC que comprove a afirmação da IES sobre as parcerias firmadas, para a utilização dos cenários de prática nos serviços de saúde SUS, instalados no Município de Sinop (MT); 2) não há explicitação do compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso; 3) não há previsão de inserção do estudante na comunidade desde o início do curso na rede de saúde do SUS; 4) não há como analisar a qualidade da formação, as relações com a saúde e a rede SUS existente na região, visto que na descrição da metodologia não fica clara a dinâmica das ênfases curriculares, são apresentadas seis subdivisões de ênfases curriculares (Ênfase I: A: Gestão estratégica de RH, B: Teorias e técnicas Psicoterápicas especial (8º semestre); Ênfase II: A: Saúde Mental e trabalho, B: Prática Psicopedagógica (9º semestre); e Ênfase III: A: Consultoria Organizacional, B: Psicoterapia infanto-juvenil (10º semestre)), e como essas se articulam; os estágios básicos e estágios específicos não estão explanados de modo claro. 5) No PPC carece uma redefinição das caracterizações dos estágios, articulando horizontalmente o Estágio Básico ao Núcleo Comum do curso e os Estágios Específicos ao Núcleo Específico e verticalmente, os Estágios Básicos aos Estágios Específicos e outras atividades, entendendo que a ideia do Estágio Básico é possibilitar ao estudante o contato com os cenários de prática desde o início do curso, o que não está disponibilizado na proposta pedagógica do curso; 2) especificar as Ênfases no Curso, detalhando e explicitando as subdivisões das Ênfases; 6) apresentar Termo de Convênio e/ou de Compromisso com a rede de saúde do SUS e com os gestores locais; 4) prever de forma programada a inserção dos estudantes desde o início do curso nos cenários de prática conveniados. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas de Sinop - FACISAS, no Município de Sinop (MT), com base em análise à luz da Resolução CNS Nº. 350/2005. **4) Referência:** Processo nº 201204141. **Interessado:** Faculdade Afonso Mafrense – FAM/ São Raimundo Nonato/PI. **Curso:** Autorização do curso Psicologia - Bacharelado. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PDI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A FAM afirma que possui Protocolos de Intenção para celebração de convênios com escolas públicas, que servirão para subsidiar os estágios curriculares do curso, são elas: Secretarias de Educação: estaduais e municipais, Escolas particulares, porém esses protocolos não se encontram anexados ao Processo no Sistema e-MEC, para comprovar a intenção de assinatura de Termo de Convênio e não há referência sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de São Raimundo Nonato (PI) e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os Protocolos de Intenção, conforme declara a FAM, para celebração de convênios com escolas públicas, e que servirão para subsidiar os estágios curriculares do curso, com as Secretarias de Educação estaduais e municipais podem denotar o comprometimento dos gestores locais com a abertura do curso de Psicologia, porém esses protocolos não se referem aos gestores locais do SUS, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. O PPC da IES não explicita se há previsão de inserção do estudante na comunidade desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação. De acordo com a documentação analisada observa-se que as Modalidades de Curso envolvidas na Proposta Político-Pedagógica não ficam claras, surgem modalidades distintas das preconizadas pelo MEC, com a oferta de três modalidades de curso: Bacharelado, Licenciatura e Formação de Psicólogos, sendo esta última, atualmente, inexistente. Caso isso persista, corre-se o risco de ter uma Matriz Curricular para o Bacharelado e outra Matriz para a “Formação de Psicólogos”; merece esclarecimentos, também, os conceitos de Eixos Estruturantes e o conceito de Unidades Curriculares: como se articulam; como se operacionalizam; e por fim, não ficam claras as relações entre Estágios Básicos e Estágios Específicos. Desse modo, não há como analisar a qualidade da formação e suas relações com a saúde e a rede SUS existente na região. (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado compõe-se de 7 docentes, dos quais 57,14% são Mestres, 28,57% Doutores e 14,28% Especialista, perfazendo 85% na titulação de pós-graduação stricto sensu. O regime de trabalho do corpo docente está configurado de 100% dos professores com previsão para serem contratados em regime parcial ou integral. 80%

apresenta experiência profissional e o mesmo se aplica à experiência do corpo docente no Magistério Superior. A produção científica está inserida no contexto de pelo menos 50% dos docentes com 4 a 6 produções nos últimos 3 anos. Os dados apontados e comprovados pelos avaliadores do INEP, por ocasião da visita in loco no período de 14/7 a 17/7/2013, devem permitir o acompanhamento dos alunos no primeiro ano de curso; f) Sobre a infraestrutura do curso. A IES declara em seu PDI que: suas dependências apresentam diferenciações na infraestrutura física como: nos espaços de uso coletivo não existem barreiras arquitetônicas que provoquem a inacessibilidade aos portadores de necessidades especiais apresentando: rampas, corrimão, piso antiderrapante, sinalização horizontal e vertical em Braille dentre outras; há vagas reservadas no estacionamento; rampas com corrimãos, facilitando a circulação de cadeira de rodas; elevadores; portas e banheiros adaptados com espaço suficiente para permitir o acesso de cadeira de rodas; barras de apoio nas paredes dos banheiros; lavabos com altura acessível aos usuários de cadeiras de rodas, bebedouros e telefones públicos em altura acessível aos usuários de cadeira de rodas. Em relação aos alunos portadores de deficiência visual e deficiência auditiva, a Faculdade Afonso Mafrense está comprometida, caso seja solicitada, a disponibilizar meios que possibilitem o acesso e a permanência desde o início até a conclusão do curso: colocará à disposição das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida ajudas técnicas que permitam o acesso às atividades escolares e administrativas em igualdade de condições com as demais pessoas; proporcionará programas internos de capacitação para programas internos de capacitação para a educação inclusiva. Compromete-se a promover parcerias com as corporações profissionais e com as entidades de classe (sindicatos, associações, federações, confederações etc.) com o objetivo de ações integradas Instituição/Empresa/Comunidade para o reconhecimento dos direitos dos portadores de deficiências, e buscará a integração Instituição/ Empresa para a oferta de estágios profissionais, incluindo empregos permanentes, com adequadas condições de atuação para os portadores de deficiência. Desta forma, compromete-se a dar atendimento prioritário e diferenciado aos portadores de deficiência ou com mobilidade reduzida, devendo assim, cumprir com as condições estabelecidas no Decreto Nº 5296/2004 sobre a acessibilidade para as pessoas portadoras de deficiência e/ou mobilidade reduzida. O Relatório de avaliação na visita in loco do INEP (14/7 a 17/7/2013) atribuiu conceito 3,6 na Dimensão avaliativa (Infraestrutura); g) A IES encontra-se em fase de credenciamento e de análise das solicitações de autorização dos cursos de Administração e de Psicologia, não existindo, portanto, registro dos conceitos avaliativos de cursos e institucionais: ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), CPC (Conceito Preliminar de Curso), Índice Geral de Cursos da Instituição, ICG contínuo, IGC faixa e Conceito Institucional (CI). No entanto, a Proposta de autorização de Psicologia foi avaliada com conceito final 4, pelos avaliadores do INEP, no Relatório de avaliação na visita in loco, realizada no período de 14/7 a 17/7/2013; h) O Comitê de Ética em Pesquisa. Não há previsão no PDI nem no PPC de composição de CEP pela IES. Em síntese, a seguir destacam-se os pontos que fragilizam a proposta do curso: 1) não há referência sobre a celebração de convênio com a rede pública de saúde, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de São Raimundo Nonato (PI) e de outros equipamentos sociais existentes na região; 2) não há previsão de inserção do estudante na comunidade desde o início do curso; 3) não há como analisar a qualidade da formação, as relações com a saúde e a rede SUS existente na região, visto que na descrição da metodologia as modalidades de curso, os eixos estruturantes e unidades curriculares, os estágios básicos e estágios específicos não estão explanados de modo claro. 4) nomenclatura “Estágios Extracurriculares” em desacordo com a Lei do Estágio (“Estágio Supervisionado Obrigatório” - Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008) 5) as concepções de Estágios, tanto o básico, quanto o Específico precisam ser revistas; 3) não está evidente as relações entre os Estágios Básicos (com o Núcleo Comum) e o Estágio Específico (com o Núcleo Específico do Curso; 4) as Ênfases no Curso, pois estão timidamente descritas e pouco relacionadas ao campo da saúde; 5) Não apresenta Termo de Convênio e/ou de Compromisso com a rede de saúde do SUS e com os gestores locais; 6) Não prevê de forma programada a inserção dos estudantes desde o início do curso nos cenários de prática conveniados. **PARECER FINAL: INSATISFATÓRIO** à autorização do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Afonso Mafrense, do Município São Raimundo Nonato (PI), considerando a Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: Aprovado com uma abstenção.** Passou então aos pareceres satisfatórios. **5) Referência:** Processo nº 201356821. **Interessado:** Universidade Federal do Amapá - UNIFAP. **Curso:** Reconhecimento de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES possui Termo de Convênios Hospitais e Prefeitura do Município. Os avaliadores verificaram que os convênios estão formalmente assinados com a gestão local do SUS, portanto assegurando cenários de prática na rede de saúde do SUS para os alunos (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); A capacidade da rede de saúde instalada: Em Macapá há

unidades hospitalares e rede de atenção básica e de urgência e emergência instaladas; nesses cenários de prática, haverá orientação do supervisor. O interno desenvolverá as suas atividades diárias com o objetivo de cumprir o planejamento pela coordenação do Internato, do coordenador de cada módulo de ensino e o coordenador do curso de Medicina. O supervisor obrigatoriamente deverá ser um profissional médico, docente da Universidade e ser devidamente cadastrado na Coordenação do Internato. b) O número de leitos hospitalares disponíveis e convenientes para atividades clínicas do curso no município (628) é muito superior ao proposto no formulário para a oferta de 60 vagas anuais do curso. O curso possui normatização do internato. A IES possui boa interface com o sistema de saúde local e regional, em vários diferentes cenários, porém, segundo os avaliadores, precisa ampliar a sua atuação em alguns deles. c) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. Os termos de convenio firmados com diversas Prefeituras de cidades do entorno e da própria cidade evidenciam o compromisso forma dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; d) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa em seu PDI e PPC que há inserção do estudante nos cenários de prática na atenção básica desde o primeiro ano do curso ocorrendo, sobretudo com a Prática de Interação Ensino, Serviços e Comunidade, além das atividades de extensão e no internato, contemplando o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005. e) A coerência entre o PPC e sua implementação. As vagas (60) ofertadas por semestre e o número de professores e preceptores contratados em tempo integral e parcial indicam uma relação professor/aluno adequado ao desenvolvimento do PPC que está sendo implementado com a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, para 06 grupos de alunos (com 5 alunos por grupo), atendendo ao preconizado pela Resolução Nº 350/2005. As atividades práticas supervisionadas e os procedimentos didático-pedagógicos estão sob a responsabilidade da IES. Tais atividades são planejadas e executadas em conformidade com o Currículo do Curso, sob supervisão direta de pessoal contratado pela IES. A carga horária de estágio supervisionado e internato atende ao disposto nas DCN. A IES explicita os campos de prática na rede SUS (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90), incluindo a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, o que foi considerado, pelos avaliadores, como adequado para assegurar a absorção dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS. f) O corpo docente. A totalidade do corpo docente possui pós-graduação, sendo que aproximadamente 40,54% possui titulação de mestres e doutores; 51,35% trabalham em regime de tempo integral; A experiência profissional do corpo docente do curso é superior a 5 anos para 79% dos docentes. Entretanto somente 26% apresentam mais 5 anos de experiência de magistério superior. Há plano de carreira docente implantado na IES. g) Sobre a infraestrutura do curso. Os avaliadores do INEP observaram, na visita in loco, que as salas de aula, laboratórios, biotério e biblioteca mantido pela IES são adequadas à demanda de ensino-aprendizagem. h) A IES apresenta um IGC contínuo de 255. Os conceitos dos avaliadores foram: para a Dimensão 1 = 3,7; Dimensão 2 = 3,2; Dimensão 3 = 3,5. Foi atribuída a nota 3 (três) à proposta de reconhecimento do curso sob análise. i) A IES possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em funcionamento e homologado pela CONEP. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO** ao Reconhecimento do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá, com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. **Deliberação: Aprovado com uma abstenção.** Passou aso pareceres satisfatórios com recomendações. **6) Referência:** Processo nº 20075192. **Interessado:** Universidade de Passo Fundo – RS. **Curso:** Renovação de Reconhecimento de curso de Medicina. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES declara possuir convênio com a Prefeitura do Município/Secretaria Municipal de Saúde, e os avaliadores do INEP, durante a visita in loco, realizada no período de 04/05/2014 a 07/05/2014, verificaram que a UPF possui um convênio em vigência e válido pelos próximos cinco anos com a Prefeitura de Passo Fundo, que prevê campo de estágio para os alunos nos níveis primário do sistema de saúde. Destacam que a instituição possui um Ambulatório próprio, certificado como Hospital de Ensino desde 2004. No entanto, não há anexado ao Processo, no Sistema e-MEC documentação comprobatória, para assegurar a utilização dos cenários de prática na rede de saúde do SUS (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. De acordo com os avaliadores do INEP, o curso apresenta muito boa integração com o sistema de saúde local e regional, sendo os Hospitais Escola e o Ambulatório da UPF referência para o sistema de saúde da região cuja boa relação com o sistema Municipal de Saúde é verificada tanto pelo convênio firmado com a Prefeitura de Passo Fundo, como pelo atendimento SUS prestado à comunidade, evidenciando o compromisso dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do PPC da UPF, conforme recomendação da Resolução CNS nº 350/2005; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa em seu PPC que há inserção do estudante nos cenários de prática na atenção básica desde o primeiro ano

do curso e que também, ocorre por meio de atividades extensionistas, a aproximação do aluno com a comunidade no início do curso e no internato. Os avaliadores do INEP informam que a UPF desenvolve várias atividades de Extensão que visam a integração com a sociedade e um melhor conhecimento da realidade local e regional por parte da comunidade acadêmica. A relevância social da UPF também pode ser evidenciada pelo quantitativo de assistência médica prestada à população, pelos projetos de educação em saúde desenvolvidos e pelo quantitativo de bolsas de estudo ofertadas contemplando, portanto o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação. O PPC contempla muito bem as demandas no setor de saúde do município sede e vizinhos e atende de forma adequada as DCN; que as políticas institucionais constantes do PDI estão adequadamente implantadas no âmbito do curso. O currículo está organizado em Módulos básico, clínico e profissionalizante, utilizando de metodologia de ensino ativas, com estratégias pontuais de interdisciplinaridade. O sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem está coerente com a concepção do curso. A inserção do aluno nas UBSs é precoce mas somente de dois períodos por semana, em média, nos primeiros semestres e de dez dias corridos no primeiro semestre do internato (nono do curso) sendo os demais semestres do internato todos dentro do hospital. Existe, portanto, um número menor de atividades na atenção básica em relação às realizadas em ambiente hospitalar, podendo conferir uma formação mais hospitalocêntrica ao egresso. e) A capacidade da rede de saúde instalada De acordo com a visita in loco as atividades práticas de formação estão implantadas de maneira adequada priorizando o enfoque de atenção básica nas áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia e especialmente em Saúde Coletiva nas unidades básicas de saúde e em ambulatorios de nível secundário inclusive o do próprio, considerando a perspectiva da hierarquização dos serviços de saúde e da atenção médica. Porém foi relatado uma desorganização no gerenciamento do SUS local, havendo sido observado no hospital visitado, o maior das práticas (700 leitos) atividades de primárias a transplantes, com desrespeito à regulação de emergências estatal pois o hospital fortalece o hábito de encaminhamentos diretos aceitando todos os casos. Os avaliadores explicitam que os campos de prática na rede SUS, cuja relação aluno/paciente ambulatorial/ docente é de no máximo quatro, foi considerado, pelos avaliadores do INEP, como adequado para assegurar a absorção dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS, pois de acordo as informações colhidas in loco (visitas da comissão e reuniões com alunos e docentes) os alunos frequentam as unidades básicas de saúde do Município de Passo Fundo e os Hospitais Escola conveniados pela instituição, incluindo o período do internato, estando em conformidade com o preconizado na Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; f) O corpo docente. : Os avaliadores do INEP, por ocasião da visita in loco em 04/05/2014 a 07/05/2014, constataram um total de 115 docentes, sendo 9,5% não médicos e 90,5% médicos. Em relação às titulações são: 42% especialistas; 41% mestres e 17% doutores. Distribuem-se em regime de trabalho como: 56% horistas; 35% em tempo parcial e 8% em tempo integral. 75% têm mais de 5 anos de docência universitária e 98% têm mais de 5 anos de experiência profissional. Considerando-se a produção científica como publicação de artigos em periódicos, capítulos de livros e organização de livros; como produção artística e cultural qualquer produto dessas áreas, mais de cinquenta por cento dos docentes não tem nenhuma produção nos últimos três anos. Todos os docentes são responsáveis pela supervisão docente direta dos alunos em serviços de saúde e cerca de 85% deles são responsáveis pelos serviços onde os alunos são treinados, que são predominantemente hospitalares. Não há um comitê psico-pedagógico específico para o curso de Medicina. Os avaliadores do INEP atribuíram à respectiva Dimensão avaliativa conceito 3,9; g) Sobre a infraestrutura do curso e os programas de Residência Médica e Multiprofissional. Os avaliadores do INEP destacaram, por ocasião da visita in loco, realizada no período de 04/05/2014 a 07/05/2014, que os cenários de ensino são dois hospitais; Hospital São Vicente de Paulo (700 leitos), hospital terciário incluindo transplantes, e Hospital da Cidade de Passo Fundo, também terciário. Os dois hospitais são hospitais de ensino credenciados pelo MEC sendo que o São Vicente de Paulo possui 18 programas de residência com 127 residentes sendo 57 R1; 41 R2; 24 R3; 4 R4; 1 R5. O curso tem sua prática de UBS em 5 unidades de ESF das 15 de ESF do município que conta ao todo com 46 UBS. Os laboratórios especiais de ensino, entendidos como os de morfologia, histologia, patologia geral, sistêmica e anatômica, além do laboratório de habilidades estão bem montados, com equipamentos de boa qualidade e em quantidade adequada. Destaque para o laboratório de habilidades, que possui manequins inteiros, ou segmentares, para treinamento de habilidades diversas nas áreas cirúrgicas, com produção própria de materiais utilizados nos treinamentos, como próteses de vasos, pele, intestino, dentre outros, que também é muito bem avaliado pelos alunos, conforme se pode constatar em reunião com eles. Todos os laboratórios possuem protocolos de funcionamento. Há um biotério com capacidade de produção de linhagens que no momento só está destinado à pesquisa, atendendo à legislação vigente e é regido por comitê de ética em pesquisas animais. Os avaliadores do INEP atribuíram à respectiva Dimensão avaliativa conceito 3,9; h) A IES apresenta Índice Geral de Cursos (IGC) contínuo 300, IGC faixa 4 e Conceito Institucional igual a 4. Os avaliadores atribuíram conceito de curso 4 à proposta de renovação de reconhecimento sob análise destacando ainda que a Central de Regulação de Emergências do estado existe, mas não é respeitada nas suas atribuições, sendo que a maior parte dos encaminhamentos é feita diretamente do médico da UBS ou do ambulatorio para o médico da

Emergência dos hospitais. O curso apresenta ainda atividades de extensão e pesquisa incipientes. Verificaram ainda que o Curso de Medicina da Universidade Passo Fundo oferece o curso após reforma curricular (ainda convivem dois currículos) e que iniciou o novo currículo em 2010 liderado pelo NDE com participação dos docentes. A metodologia é modular integrada horizontal e verticalmente. Porém não existe integração do Ciclo Básico com o Clínico que por sua vez acontecem em instalações diferentes, distantes geograficamente uma da outra. O curso apresenta ainda atividades de extensão e pesquisa incipientes; i) A IES, de acordo com os avaliadores do INEP, possui Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que se encontra em funcionamento e homologados pela CONEP. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES** à renovação de reconhecimento do curso de Medicina, no Município de Passo Fundo (RS) com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. A IES, nos próximos ciclos avaliativos deverá atender aos seguintes pontos: O TCC deverá estar mais detalhado no PPC; adequar o curso às novas DCN recém-aprovadas pelo CNE/MEC, em 2014. Esta última recomendação está sendo feita a todos os cursos de medicina em virtude da alteração nas DCN. **7) Referência:** Processo nº 201307211. **Interessado:** Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/Erechim/RS. **Curso:** Reconhecimento do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** 1. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº 350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Embora a IES declare no PPC que protocolos de parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde de Erechim e região Norte do Estado foram assinados, para a realização de atividades extramuros, dentro da realidade regional e estadual na Saúde; afirme buscar consolidar essas parcerias, entre o Curso de Odontologia da URI Campus Erechim e a Secretaria Estadual de Saúde, por meio da 11ª Delegacia Regional de Saúde instalada em Erechim, atuando em consonância com os objetivos do PPC, e visando a necessidade do acadêmico em conhecer como se dá a articulação dos diversos serviços que compõem o SUS; o PPC destacar que são desenvolvidas atividades práticas nos cenários referentes à Vigilância Epidemiológica e ao Controle Social, e estimulada a participação dos alunos em reuniões do Conselho Municipal e Regional de Saúde; assim como, o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP, realizada no período de 9/4 a 12/4/2014 afirme que a integração do curso com o sistema de saúde local e regional e o SUS formalizada por meio de convênio é muito boa, verifica-se que não há documentação comprobatória anexada ao Processo no Sistema e-MEC para análise da CIRH, como garantia da utilização da rede de serviços de saúde SUS instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. A IES informa que o PPC de Odontologia está articulado com as Políticas Regionais de Saúde e que a partir da elaboração da matriz curricular com atividades práticas e de estágios em clínicas multidisciplinares, no Centro de Especialidades Odontológicas e nas atividades extramuros, as realidades regionais e estaduais na Saúde foram levadas em consideração e permitiram a assinatura dos protocolos de parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde de Erechim e região Norte do Estado. A IES destaca a relevância da parceria com o Governo Municipal e Estadual, porém não há registro do compromisso dos gestores com o desenvolvimento do curso, não possibilitando a identificação do comprometimento desses com a IES, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa que o aluno participa de programas de extensão na comunidade e o PPC da IES explicita que essa participação e a inserção nos cenários de prática intra e extramuros ocorrem desde o início do curso no SUS, com previsão na matriz curricular do curso, estando em consonância com o preconizado na Resolução CNS/MS Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais/regionais. Embora o PPC da IES descreva que busca diversificar os cenários de ensino-aprendizagem com os estudantes atuando no Centro de Especialidades Odontológicas-CEO de Erechim, contemplando as atividades práticas decorrentes das disciplinas de Programa de Saúde da Família, Cirurgia Bucomaxilofacial e Periodontia, assim como quando em atendimento/práticas acompanhado por professores na proporção de cinco por professores na proporção de cinco para um, prestando serviços de atendimento odontológico de forma gratuita no sistema de referência e sendo os pacientes inicialmente atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (locais onde também são realizados estágios acadêmicos) e depois encaminhados a Clínica Escola e/ou CEO na mesma; e os avaliadores do INEP declarem no Relatório de Avaliação por ocasião da visita in loco realizada, no período de 9/4 a 12/4/2014, que a relação alunos/paciente ambulatorial/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 3, atende aos princípios éticos da formação e atuação profissional, o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência IES/SUS/UBS conforme descrito no PPC, não assegura a atuação dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS dita conveniada (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado é de 37 professores, dos quais 95% possuem titulação stricto sensu (11 doutores e 24

mestres), 62% estão contratados em regime integral (16 professores) ou parcial (7 professores) de trabalho. De acordo com os avaliadores do INEP, dos 37 docentes do curso de Odontologia, 94,59% apresentam experiência profissional excluída as atividades no magistério superior e a média dessa experiência é de pelo menos 2 anos. Um contingente de 89,19% do corpo docente efetivo possui experiência de magistério superior de, pelo menos, 3 anos. Porém menos de 50% têm entre 4 a 6 produções nos últimos 3 anos, considerado pelos avaliadores do INEP ainda incipiente, contudo outro indicador in loco observado sinaliza, conforme análise dos avaliadores, boa perspectiva, que é o interesse pela pesquisa onde os professores são contemplados com Comitê de Ética em Pesquisa funcionando e registrado pela CONEP. Ressaltam que essa foi uma Dimensão relevante, e que o número de vagas implantadas atende muito bem à dimensão do corpo docente, aspectos que somados podem, portanto, contribuir para a orientação e o acompanhamento dos alunos e para a realização de atividades de pesquisa e extensão; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco (9/04 a 12/04/2014), que: a) o curso possui laboratórios de microbiologia, bioquímica, anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia que apresentam quantidade de equipamentos aos espaços físicos de forma muito boa para atender as vagas autorizadas; b) os laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento atendem de maneira suficiente análise aos aspectos de qualidade; e c) os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem muito bem aos aspectos: apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade; d) todos os ambientes contam com técnicos qualificados; e e) a IES apresenta condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida e constatou-se na visita "in loco" elevadores, rampas e banheiros adaptados para pacientes com necessidades especiais. O Relatório do INEP (9/4 a 12/04/2014) avaliou a Dimensão – Infraestrutura com conceito 3,7 (em uma escala de 1 a 5); g) A IES apresenta um Índice Geral de Curso contínuo de 273, faixa 3 (ambos, ano 2012), e Conceito Institucional igual a 4 (ano 2009). O conceito final de curso (CC) atribuído pela Comissão de Avaliadores do INEP foi 4, por ocasião da visita in loco ocorrida no período de 09 de abril de 2014 a 12 de abril de 2014; h) O Comitê de Ética em Pesquisa. O CEP da URI encontra-se em funcionamento e homologado pela CONEP por meio do Of. nº 1429, ano 2005. i) Observa-se ainda, que embora o ato regulatório de autorização do curso de Odontologia tenha sido aprovado pelo MEC, Portaria nº ,o Processo Nº 200806423 de autorização de curso da IES foi analisado no âmbito do CNS, que emitiu o Parecer Nº 100/2008 Insatisfatório à solicitação, por: 1) não haver na proposta demonstração da integração do curso com a rede pública de serviços de saúde instalada na região; 2) do comprometimento dos gestores locais do SUS, por meio de Termo de Convênio firmado; e 3) da inserção dos estudantes nos cenários de prática desde; sendo que ao vir para esta análise de Reconhecimento apenas o ponto 3 apontado foi atendido. Desse modo, encaminha-se o Parecer final. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES** ao reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, no Município de Erechim (RS), com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. A IES no próximo ciclo avaliativo deverá: a) apresentar os Termos de Convênio e de Compromisso firmados com as Secretarias de Saúde (Municipais e Estaduais), e demais entidades conveniadas e parceiras da IES anexados no Sistema e-MEC em espaço existente e disponibilizado para essa finalidade; b) explicitar na documentação comprobatória o comprometimento dos Gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso de Odontologia. Explicou que quando pede apresentação de documentos é porque contam do relatório do avaliador do INEP, porém não foi postado no sistema e-mec.

8) Referência: Processo nº 201357788. **Interessado:** Universidade Federal de Pelotas – UFPel (RS). **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** O curso de Psicologia em avaliação é recente, portanto as ações acadêmico-administrativas em decorrência das auto avaliações e das avaliações externas ainda são incipientes mas aparentemente atendem às demandas atuais. Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais (Resolução do MEC nº 5, de 15 de março de 2011) e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº 350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: (1) Quanto a inserção do aluno em atividades na comunidade. O PPC necessita de propostas de ações voltadas para a comunidade, necessárias para a formação do profissional descrito no PPC. Há, apenas, um registro superficial no PPC sobre a participação dos alunos em atividades na comunidade, seja em atividades de ensino, projetos de pesquisa ou de extensão. (2) Quanto ao compromisso do gestor local com o desenvolvimento do curso. Os avaliadores informam que existem convênios que viabilizarão a realização dos estágios. No entanto, a operacionalização destes não se encontra descrita no PPC. Embora o Município de Pelotas possua 8 CAPS (6 II, 1 AD e 1 infantil), não há menção de interlocução do curso com a gestão local do SUS, (Parágrafo único do artigo 27 da Lei nº 8080/90, Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei nº 8080/90). (3) Sobre a estrutura curricular implantada. O perfil do egresso carece de informações mais detalhadas e das estratégias adotadas pelo curso para atingir esse perfil. Não foram encontradas ementas que contemplem conteúdos relativos a Educação das Relações Étnico-Raciais e da Cultura Afro-

Brasileira, Africana e Indígena, porém há a opção de cursar a disciplina LIBRAS. O uso das tecnologias de informação e de comunicação ainda é tímido. (4) Quanto a infraestrutura para desenvolvimento do curso. Os avaliadores estranharam que a Universidade Federal de Pelotas esteja oferecendo o curso de psicologia em horário noturno uma vez que toda a máquina administrativa e de apoio funciona apenas no horário diurno, inclusive a biblioteca. O site da IES informa, porém, que a biblioteca já está funcionando das 08h às 22h de segunda a sexta-feira desde o dia 12 de maio de 2014. Os laboratórios didáticos especializados possuem normas de funcionamento, utilização e segurança, mas, no entanto, atendem de maneira insuficiente aos aspectos: quantidade de equipamentos, adequação dos espaços físicos em relação às vagas autorizadas, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos, apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade. Segundo a avaliação da visita in loco a IES apresenta condições de acesso para pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, porém alguns ambientes ainda necessitam de acessibilidade, o que foi reivindicado na reunião com os discentes por uma estudante cadeirante, que indicou vários lugares onde não pode acessar por falta de rampas. Dessa forma, não atende plenamente às recomendações da Resolução CNS Nº 350/2005 para o caso em análise. Os avaliadores atribuíram nota 2,5 a essa dimensão. (5) A IES não descreve a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, nos campos de prática e nem evidencia como está ocorrendo a absorção nos cenários de prática da rede SUS. (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (6) O corpo docente informado no Relatório de visita do INEP (realizada entre 23/04/2014 a 26/04/2014) é composto de 17 professores, dos quais 11 são doutores; 15 são concursados; 01 sob regime CLT e outro ainda não se encaixa nas categorias por ter um mês de instituição; 14 trabalham em regime de período integral com dedicação exclusiva 3 em regime parcial, o que pode permitir uma orientação e acompanhamento adequados dos alunos. Embora a relação entre o número de vagas ofertadas e a capacidade do corpo docente seja satisfatória, há aspectos da infraestrutura que não permitem o atendimento de todas as demandas educacionais previstas no PPC. O desenvolvimento de atividades de extensão e pesquisa merece melhor detalhamento. (7) A IES informa superficialmente sobre a existência do dispõe de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. **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 em análise da Resolução CNS Nº. 350/2005. No próximo ciclo avaliativo, a IES deverá atender os seguintes pontos: a) O PPC, para cumprimento do que está descrito, necessita desenvolver ações voltadas para a comunidade, de modo a promover a formação de um profissional capaz de atuar no SUS. b) Os alunos devem desenvolver atividades na comunidade desde o primeiro ano do curso; c) O PPC deve trazer claramente como será a operacionalização dos Convênios entre a IES e a gestão local, bem como o processo de interlocução entre esses atores; d) Ampliar no PPC as estratégias que o curso fará para atingir o perfil do egresso descrito; e) Descrever explicitamente a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática bem como a capacidade de atendimento da clínica-escola, na rede SUS do Município de Pelotas e nas Unidades Conveniadas; f) Melhorar as condições de acessibilidade a pessoas com dificuldade de mobilidade em todos os espaços da IES; g) Detalhar nas ementas das disciplinas que tratam sobre a abordagem de conteúdos relativos à Educação das Relações Étnico-Raciais e da Cultura Afro-Brasileira, Africana e Indígena. **9) Referência:** Processo nº 201405133. **Interessado:** Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC/Criciúma (SC). **Curso:** Reconhecimento do curso de Odontologia. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PDI, Relatório da Comissão Própria de Avaliação/CPA, Despacho Saneador do MEC); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. A IES declara estar conveniada com as Secretarias Municipal de Saúde de Criciúma e dos 11 municípios da Região Carbonífera de Santa Catarina e o Relatório de Avaliação da visita in loco do INEP, ocorrida de 3/8 a 6/8/2014, refere-se à existência de convênios, afirmando que, no PPC está clara a integração com o SUS, priorizando o enfoque na atenção básica, e que essa ficou evidente nas entrevistas com docentes e discentes. Os avaliadores do INEP exemplificam citando a participação do curso em Programas do MS como o Pró-Pet Saúde e VIVERSUS. Contudo os documentos comprobatórios não se encontram anexados ao Processo no Sistema e-MEC, para garantir a utilização da rede de serviços de saúde do SUS instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90); b) O compromisso da gestão do SUS com o desenvolvimento do PPC. A IES destaca a relevância da parceria com o Governo Municipal na elaboração de projetos, porém não há registro do compromisso dos gestores com o desenvolvimento do curso, não possibilitando a identificação do comprometimento da gestão com a IES, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa no PPC que o aluno participa

de programas de extensão na comunidade e explicita que a participação e a inserção nos cenários de prática intra e extramuros ocorrem desde o início do curso no SUS, conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação para atender as necessidades locais regionais. Os avaliadores do INEP, a partir da visita in loco realizada no período de 3/8 a 6/8/2014, relatam que: “considerando as atividades extramuros e curriculares descritas, o PPC contempla de maneira suficiente as demandas efetivas de natureza econômica e social, entretanto, não menciona o perfil epidemiológico de doenças sistêmicas e bucais, a capacidade instalada dos serviços de saúde loco-regionais nem o potencial do curso na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida; não há diagnóstico situacional, não expressando a adequação da formação de profissionais para atender às necessidades de saúde e a capacidade de absorção dos egressos na área de influência da região”. Assim, a IES descreve no PPC os campos de prática, mas não deixa clara a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando uma absorção adequada dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS referida (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado é de 33 professores, sendo que 82% possuem titulação stricto sensu (9 doutores e 18 mestres) e 100% estão contratados em regime integral (13 professores) ou parcial (20 professores) de trabalho. A produção científica, cultural, artística ou tecnológica dos docentes de Odontologia, segundo os avaliadores do INEP, é de pelo menos 50% dos docentes com número entre 7 a 9 produções nos últimos 3 anos. Outro indicador in loco citado pelos avaliadores do INEP, e que pode sinalizar boa perspectiva é o interesse demonstrado pela pesquisa, onde os professores são contemplados com Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa forma, os dados e observações registrados devem permitir a orientação e o acompanhamento dos estudantes, bem como a realização de atividades de pesquisa e extensão; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita in loco (ocorrida de 3/8 a 6/8/2014), que: a) todos os laboratórios didáticos especializados implantados com as respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira excelente, quanto aos aspectos: quantidade de equipamentos adequada aos espaços físicos e vagas autorizadas; b) os laboratórios descritos no PPC para disciplinas do ciclo básico da saúde e de Odontologia possuem espaços físicos adequados, equipamentos de uso comum para todos os cursos da saúde, cadáveres/modelos/ lâminas/ objetos de aprendizagem específicos para Odontologia que atendem às demandas das unidades curriculares específicas deste curso e à quantidade de vagas previstas no PPC; c) os laboratórios especializados implantados atendem de forma excelente quanto à adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos das disciplinas específicas do curso de Odontologia; d) os serviços dos laboratórios especializados implantados com respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira excelente quanto ao apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade; e) o curso dispõe de laboratórios específicos e multidisciplinares implantados de qualidade excelentes para a abordagem dos diferentes aspectos celulares e moleculares das ciências da vida (incluindo anatomia, histologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia/biofísica e técnica operatória) aspectos; f) o curso dispõe de laboratórios com equipamentos e instrumentos em quantidade e diversidade excelentes para a capacitação dos estudantes nas diversas habilidades da atividade clínica. Os avaliadores destacam, também, a preocupação existente por parte da IES com a biossegurança em todos os locais de prática, a disponibilidade da maior parte dos materiais de consumo e a qualidade dos equipos, equipamentos de laboratórios das disciplinas básicas e clínicas, existência de banco de dentes, a disponibilidade de aparelho de radiografia panorâmica/teleradiografia e radiografia cone beam, o prontuário eletrônico que facilita o acompanhamento dos pacientes, bem como a integração com os demais atendimentos realizados pelos outros cursos da área de saúde existentes na instituição, visto que o sistema é integrado. O Relatório do INEP (2014) avaliou a Dimensão – Infraestrutura com conceito 5 (em uma escala de 1 a 5); g) A IES apresenta um Índice Geral de Curso contínuo 276, faixa 3 (2012) e por ocasião da visita in loco dos Avaliadores do INEP, ocorrida no período de 3/8 a 6/8/2014, os Avaliadores do INEP atribuíram ao curso de Odontologia da UNESC de Criciúma/SC Conceito final de Curso 4, com perfil muito bom de qualidade; h) O Comitê de Ética em Pesquisa. A IES descreve no PPC a constituição, o papel e o trabalho realizado pelo CEP/UNESC e os avaliadores atestam que esse funciona de maneira excelente, e que se encontra registrado e homologado pelo CONEP. i) Observa-se que a UNESC encontra-se em processo de migração do sistema Estadual de Ensino para o sistema Federal de Ensino (Processo e-MEC nº 201307966 de Recredenciamento), visto que a Fundação Educacional de Criciúma (FUCRI) foi instituída pelo Poder Público Municipal e o curso de Odontologia autorizado de acordo com a legislação estadual vigente, na ocasião, não tendo portanto o Processo tramitado no Sistema Federal de Ensino, e consequentemente não foi analisado pelo CNS.

PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES ao reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, no Município de Criciúma/SC, com base na Resolução CNS Nº. 350/2005. Para o próximo ciclo avaliativo, a IES deverá atender os seguintes pontos em destaque: 1) apresentar os Termos de Convênio e/ou de Compromisso entre a UNESC e as Secretarias de Saúde, descrevendo a parceria e o comprometimento dos gestores locais com o desenvolvimento do curso, as contra partidas; 2) apresentar Plano de inserção dos estudantes nos cenários de prática da rede SUS, desde o início do curso, com cronograma de atividades, distribuição nos

campos de práticas quantitativa e qualitativa, com o respectivo acompanhamento professor/aluno/preceptor. **10) Referência:** Processo nº 201358570. **Interessado:** Faculdade Metropolitana de Maringá – FAMMA. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** Considerando os dados que constam no Sistema e-MEC (PPI); a vinculação educação, trabalho e práticas sociais como metas obrigatórias da educação superior; as diretrizes curriculares nacionais (Resolução do MEC nº 5, de 15 de março de 2011) e as diretrizes do SUS como referências para propor o perfil profissional e o projeto político-pedagógico de curso; a Lei nº 8.080/90; a Resolução CNS/MS nº 350, de 09/07/2005; a Recomendação CNS nº 429, de 12/11/2009; Relatório de Avaliação in loco do INEP, tem-se a destacar os seguintes fundamentos do presente parecer: (1) Quanto a inserção do aluno em atividades na comunidade. Não há registro no PPC e nem no relatório dos avaliadores do INEP sobre a participação dos alunos em atividades na comunidade, seja em atividades de ensino, projetos de pesquisa ou de extensão. O estágio básico inicia-se no 3º semestre do curso com atividades de observação e desenvolvimento de pesquisa. (2) Quanto ao compromisso do gestor local com o desenvolvimento do curso. Nos documentos apresentados não se observa articulação do PPC com o SUS local. Não há registro de Termo de Cooperação (Convênio) a gestão municipal de saúde, portanto, o desenvolvimento do estágio profissionalizante para aqueles alunos que optam pela ênfase de Psicologia e Processos de Prevenção e Promoção da Saúde acontece na Clínica Escola mantida pela própria Faculdade. Embora o Município de Maringá possua CAPS, NASF, unidades básicas de saúde e hospitais gerais não há menção de interlocução do curso com a gestão local do SUS, (Parágrafo único do artigo 27 da Lei nº 8080/90, Resolução CNS nº 350/2005 e o caput do artigo 27 da Lei nº 8080/90). (3) Sobre a estrutura curricular implantada. Parece haver uma dissonância entre o perfil proposto para a formação de um psicólogo generalista, com capacidade para atuar na rede de atenção a saúde psicossocial do SUS e as práticas pedagógicas adotadas pela Faculdade relacionadas a inserção do aluno na Clínica Escola mantida pela Faculdade. Não há registro de inserção dos alunos na rede de atenção a saúde mental do SUS disponível no Município. (4) Quanto a infraestrutura para desenvolvimento do curso. Os avaliadores consideraram adequada ao desenvolvimento do curso. (5) A IES não descreve a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, no campo de prática da Clínica Escola. Também não informa sobre como está ocorrendo a absorção naquele cenário de prática e nem especifica qual é a relação desse serviço com a rede do SUS local. (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); (6) O corpo docente informado no Relatório do INEP (20/11/2013) é composto de 40 professores. O quantitativo de docentes contratados (15/40) em regime de hora aula equivale a 37,5% da equipe, enquanto o regime de tempo integral corresponde a sete (7) (17,5%), o que pode comprometer o desenvolvimento do curso. (7) A IES apresenta um IGC igual a 3 e conceito referente ao curso de Psicologia igual a 4, indicando uma avaliação de desempenho tanto da IES como do curso, em análise, acima de 50%. (8) A IES não informa se dispõe de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos e nem de animais. **PARECER FINAL: SATISFATÓRIO COM RECOMENDAÇÕES** ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade Metropolitana de Maringá – FAMMA, localizada no município de Maringá, com base em análise da Resolução CNS Nº. 350/2005, devendo no próximo ciclo avaliativo, a IES atender os seguintes pontos de destaque: a) capacidade instalada da rede de saúde mental do município de Maringá, considerando a ampla oferta de serviços na área de saúde, seja hospitalar, CAPS (I, II, AD 24 horas e CAPSi), unidades básicas de saúde e NASF; b) comprovação de inserção dos alunos no desenvolvimento de atividades na comunidade a partir do primeiro ano do curso, c) comprovação de inserção dos estudantes nos cenários de prática do SUS ao longo do curso, por meio de Termo de Convênio com o SUS local e distribuição dos alunos por preceptores nesses cenários; d) descrição da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática da Clínica Escola e relação aluno/docente na supervisão; e) inclusão de conteúdos relacionados à saúde indígena no PPC e na grade curricular, considerando a composição da etnia indígena na região. Questionada para esclarecimentos pela Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, sobre relações etno-raciais e culturais, etc. a **mesa** explicou que são leis gerais do sistema educacional aplicáveis a todos os cursos. A diferença nesse curso é que Maringá possui uma população indígena bem demarcada que aparece na justificativa da abertura do curso e eles oferecem aos alunos como disciplina optativa. Essa é a razão de destacarem esse tema como necessidade social daquela região. Em Pelotas também tem, mas como é uma universidade federal com atividades extensionistas e nessa há muita inserção na comunidade com diferentes tipos de conformação de grupos étnico-raciais, isso já estaria contemplado. Diferentemente da próxima que é uma faculdade privada isolada que não possui exigência de desenvolvimento de atividades extensionistas. **Deliberação: Aprovado.** Passou ao processo com proposta de visita técnica. **11) Referência:** Processo nº 201403321. **Interessado:** Faculdade União de Campo Mourão. **Curso:** Reconhecimento do curso de Psicologia. **Fundamentos do Parecer:** a CIRH pede autorização para visita in loco com base na seguinte justificativa. Essa faculdade já passou pela apreciação do Conselho Nacional de Saúde no ano de 2009 e o CNS deu um parecer insatisfatório à abertura do curso. O Conselho Nacional de Educação não acatou o parecer insatisfatório do Conselho Nacional de Saúde. A Câmara Técnica de Educação Superior fez as contrarrazões ao

parecer do CNS. O curso foi autorizado a iniciar seu funcionamento. Atualmente no relatório de avaliação do INEP foi constatado que os problemas apontados pelo relatório do CNS se mantêm até a atualidade. Em 2010 o curso começou a funcionar. Ele teve 2 despachos saneadores do MEC que foram parcialmente atendidos e agora, com os materiais apresentados e as inconsistências entre o relatório dos avaliadores do INEP e o despacho saneador não há elementos suficientes para emitir um parecer e um juízo de valor para chegar à conclusão se ele é satisfatório ou não. Pela letra fria dos argumentos ele poderia ser insatisfatório. No entanto, quando se olha o esforço que a instituição fez para atender àquelas diretrizes previstas, não se sabe se isso efetivamente ocorreu na prática. Questionada para esclarecimentos pela Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, que pediu exemplos do que seria objeto da visita in loco e pela Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** sobre os argumentos do CES com os quais a CIRH não concordou, a **mesa** respondeu que o parecer insatisfatório de 2009 teve como fundamento o fato de que não foi firmado termo de convênio/termo de compromisso da IES com a Secretaria de Saúde para utilização da rede de serviços instalada e da utilização de outros equipamentos existentes na região. Os gestores locais do SUS não participaram da construção do PPC, a IES não prevê planejamento coletivo entre o curso e projetos interdisciplinares integradores de estágio, pesquisa e extensão. O PPC não apresenta os campos de prática, incluindo capacidade de atendimento à disposição do aluno física e numericamente visando identificação da situação de aprendizado dos mesmos e garantia de sua qualidade. O número de docentes, tutores e/ou preceptores é incompatível com o número de vagas solicitado. As contrarrazões apresentadas pela comissão de avaliação ao CTA (comitê técnico de avaliação de cursos do MEC) que decidiu pela autorização do curso (parecer 305/2009). Procedeu à leitura: “a posição desfavorável do CNS – parecer 073/2009 fundamenta-se na circunstância de que o curso não contempla as diretrizes do SUS, não prevê prática que assegure a formação de psicólogo capaz de intervir na atenção integral à saúde. Não tem o compromisso com pesquisa que contemple a promoção do desenvolvimento social e tecnológico da realidade regional, não conta com o comitê de ética em pesquisa articulado com o sistema CEP/CONEP. Tais fragilidades são atenuadas no próprio parecer ao afirmar que o PPC do curso fundamenta-se teoricamente nas diretrizes curriculares nacionais e se refere à formação de psicólogos para atuar na área da saúde. No parecer ainda são destacadas questões referentes à relevância social do curso com vistas à autorização do curso. O CNS destaca que a carga-horária de trabalho dos professores é insuficiente desde o início do curso. O PPC não prevê plano de capacitação docente com definição de plano de cargos e salários, bem como a implantação de um plano de carreira docente e cita apenas que estimulará a capacitação docente. Estas fragilidades são relativamente atenuadas no relatório da comissão de avaliação. No relatório são ressaltadas como potencialidades, entre outras, o regime de trabalho do corpo docente, o número de alunos por disciplina, a média de disciplinas por docente, e as instalações gerais. A comissão de avaliação conclui que a proposta do curso de psicologia apresenta um perfil bom e de qualidade. Portanto as razões destacadas ao parecer do CNS não afetam a validade da avaliação realizada que se apresenta consistente.” E com base nisso, aprovou o curso. A CIRH verificou nessa etapa que os problemas são os mesmos. O relatório da comissão técnica de avaliação que é um indicador poderoso nessa avaliação indicou problemas de acessibilidade, pois havia somente um banheiro no bloco C para uso de pessoas com deficiência ou dificuldade de mobilidade para atender à demanda de todos os blocos. A não existência de banheiros nos blocos A e B o que necessita aos discentes se locomoverem até o bloco C estruturado com banheiros feminino e masculino que atendem as necessidades da IES, incluindo áreas específicas às pessoas com deficiência. O relatório da comissão de avaliadores do INEP declara que a IES preenche todos os requisitos de acessibilidade. Existe uma inconsistência entre o que diz a própria instituição em seu relatório da comissão própria de avaliação e o que os avaliadores do INEP verificaram lá. Esse é um exemplo, mas existem vários. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** questionou se o corpo docente continuava insuficiente e foi respondida pela **mesa** afirmativamente e continuou explicando sobre o desempenho acadêmico da IES. A IES oferece 6 cursos de graduação na modalidade presencial: tecnologia em gestão comercial, tecnologia em gestão de cooperativas, tecnologia em estética e cosmética, psicologia, enfermagem, biomedicina, licenciatura em letras, tecnologia em resgate e socorro, e serviço social. Sendo todos lotados no período noturno iniciados entre 2010 e 2014. Entre os cursos oferecidos pela IES destacam-se 3 na área de saúde, ou com interface na saúde que apresenta o seguinte desempenho: enfermagem – bacharelado – ENADE – não participou. CPC – não tem. Conceito de curso – 4. Serviço social – ENADE – não participou. CPC – não tem. Conceito de curso – 4. Psicologia só tem conceito de curso e essa comissão atribuiu 5. No sistema E-mec a instituição não apresenta conceito geral de curso, o conceito institucional = 3, no ano de 2009. O curso não apresenta CPC, pois seus alunos ainda não participaram do ENADE. O desenvolvimento regional da sede do curso objeto de análise: a IES localiza-se em Campos de Mourão, um município pequeno com população de menos de 100 mil habitantes. O estado do Paraná tem 12 milhões de habitantes. A capacidade da rede de saúde instalada. O município possui 1 CAPS-II que atende toda a população do município; 25 UBS, cobrindo 86,69% da população; 1 NASF tipo 3 e 4 hospitais gerais. São disponibilizados 157 leitos pediátricos, obstétricos e cirúrgicos nesse 3 HG que oferecem vagas para o SUS. O ato autorizativo da IS na modalidade bacharelado se deu em 2010. Foi autorizada a ofertar 80 vagas anuais no turno noturno com

carga horária de 4.040h. a estrutura do PPC atende a estrutura do curso de 4.040h integralizada dentro do período mínimo previsto em lei. O estágio totaliza uma carga-horária de 800h, as atividades complementares, 200h, o TCC 120h, e a carga-horária de 340h. não tem informação se esses alunos fazem estágio em nenhuma área do SUS. O curso foi colocado em diligência para cumprir o despacho saneador que ajudou a questionar a nota 5. Consta no PPC, em atendimento a essa diligência, por não ofertar a disciplina de LIBRAS como optativa. O coordenador do curso possui titulação de especialista e está contratado a tempo parcial. A maior parte dos contratos dos docentes é em tempo parcial e regime de hora-aula. Essa síntese demonstra que, apenas essa análise mantém o parecer do CNS. Mas tem divergência porque nenhum relatório de avaliador do INEP dá nota 5 e entra em choque de novo com o parecer do CNS. Para evitar esse tipo de desgaste, de se derrubar um parecer do NS com base em fragilidade, é melhor verificar o que está acontecendo in loco. Senão o parecer pode ser insatisfatório porque está pronto. A Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** ressaltou que não curso de psicologia na região. Talvez esse tenha sido o motivo desse parecer. O Conselheiro **Adriano Macedo Félix** se manifestou sobre o fato de terem sido abertas 80 vagas e como ficaria a situação desses alunos que tiveram 4 anos de comprometimento de estudo, pagando por isso, e por isso deve haver a visita.

PARECER FINAL: RECOMENDAÇÃO DE VISITA IN LOCO. Deliberação: aprovado por unanimidade.

Encaminhamentos: 1) **Aprovados 10 pareceres elaborados pela CIRH/CNS e uma designação de visita in loco.** 2) **Os conselheiros que tiverem agenda devem informar ao Técnico da CIRH, Alex, sua disponibilidade para representar o CNS nos seminários regionais das diretrizes de residência multiprofissional. Poderão participar os residentes na localidade ou quem for custeado pela entidade. Fazer contato com CES e CMS pra indicarem representantes.** 3) **Aprofundar o debate sobre o curso de saúde coletiva.** Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **André Luis Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloí de Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Jorge Oliveira Duarte**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONSIDI); **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Amélia Gomes de Souza Reis**, Ministério do Trabalho e Emprego; **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, “Santinha” Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAz; **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; **Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Edi Sinedino de Oliveira Sousa**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; **Gilson Silva**, Força Sindical; **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 Naum de Mesquita Chagas**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); **Jouhanna do Carmo Menegaz**, Associação Nacional de Pós- Graduandos – ANPG; **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 Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,

Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Marco Antônio Castilho Carneiro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi – FENASP; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS); **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - População Negra a Aids; **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; **Raimunda Nonata Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Iniciando o segundo dia de reunião, a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, compôs a mesa para discussão do item 6 da pauta. **ITEM 6 – POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - Apresentação: Jarbas Barbosa**, Secretário de Vigilância em Saúde. *Coordenação: conselheiro Carlos Alberto Ebeling*, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, o Secretário **Jarbas Barbosa** fez um informe sobre a situação epidemiológica do vírus ebola no mundo e as medidas de preparação. Explicou que o vírus ebola pertence à família Filoviridae, gênero Ebolavirus e a primeira espécie foi descoberta em 1976 na então República Democrática do Congo. Disse tratar-se de uma doença zoonótica, com transmissão de animais selvagens para humanos, tendo o morcego da fruta como hospede natural. O período de incubação da doença (tempo decorrido entre a exposição a um organismo patogênico e a manifestação dos primeiros sintomas) pode variar de 2 a 21 dias e não há transmissão durante o período de incubação. A transmissão ocorre após o aparecimento dos sintomas e se dá por meio do contato direto com sangue, tecidos ou fluidos corporais de indivíduos infectados (incluindo cadáveres), ou do contato com superfícies e objetos contaminados. Ressaltou que, na África, a transmissão ocorre por conta das precárias condições de saúde dos países afetados. Lembrou que nesses locais apenas 25% das pessoas são internadas, ou seja, a maioria das pessoas infectadas permanece em casa, o que contribui para transmissão. Além disso, os rituais de despedidas também contribuem para transmissão. Desse modo, destacou que as condições específicas dos três países contribuem para a transmissão. Lembrou, inclusive, que dois países passaram por guerras civis há poucos anos e uma parte da população não aceita as orientações do governo. Detalhou que são sintomas da doença: febre (superior a 38°C), cefaleia, fraqueza, diarreia, vômitos, dor abdominal, inapetência, odinofagia, manifestações hemorrágicas. Explicou que não existe tratamento específico nem vacinas aprovadas para o uso em seres humanos ou animais, portanto, é utilizada terapia de apoio genérica: reposição de fluidos e analgésicos. Disse que o surto atual iniciou-se em dezembro de 2013, atingindo Guiné Bissau, Serra Leoa e Libéria e ainda é precoce dizer que houve diminuição de casos nas últimas semanas. Destacou que a OMS declarou a atual epidemia de ebola como emergência de saúde pública de interesse internacional, o que significa dizer que, isoladamente, esses países não conseguirão conter a epidemia. Frisou que um dos esforços refere-se à divulgação de informações para não sobrecarregar o sistema, de um lado, e, de outro, não deixar passar possíveis casos como o que aconteceu nos Estados Unidos. Destacou que a fronteira entre os três países foi onde começou a transmissão e até o momento foram registrados 8 mil casos e 3.857 mortes. Ressaltou que há variação grande entre países, citando que a Nigéria apresentou caso "importado" e casos secundários, mas conseguiu interromper a transmissão, e houve um caso em Senegal e não houve casos secundários. Acrescentou que os mecanismos de contenção do ebola são eficazes, mas nos três países não foi possível conter a situação (a letalidade é maior em países onde as pessoas não conseguem ter o mínimo de acesso aos serviços de saúde). Disse que nos Estados Unidos foi registrado um caso de pessoa vinda da Libéria e houve falhas no atendimento, mas é impossível transmissão na população desse país. Também houve um caso na Espanha de uma auxiliar de enfermagem na Espanha, mas é improvável a transmissão no país. Diante da situação, disse que as recomendações da OMS são: não deve haver proibição geral de viagens ou de comércio internacional com os países afetados; os países com transmissão de Ebola devem realizar a triagem de saída de todas as pessoas nos aeroportos internacionais, portos marítimos e principais cruzamentos; e casos confirmados de Ebola devem ser imediatamente isolados e tratados em um Centro de Tratamento de Ebola e nenhuma viagem nacional ou internacional deverá ser feita até que dois testes de diagnóstico específico para Ebola, com intervalo de 48 horas, apresentem-se negativos. Também falou sobre a preparação do Brasil para o manejo de eventual caso suspeito de Ebola no país. Explicou que, mesmo considerando o risco muito baixo de introdução da doença pelo Vírus Ebola no Brasil, desde a declaração da ESPII pela OMS, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para preparação frente a um eventual caso importado no país. São elas: a) elaboração de documentos técnicos; b) ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) com participação de diversas áreas do Ministério da Saúde (reuniões 2 vezes por semana para discussão de fluxos, procedimentos, definição de necessidades e busca de alternativas com o intuito de fortalecer a resposta rápida do Brasil frente a um caso importado de Ebola no país; c) convocação do Grupo Executivo Interministerial para Emergências em Saúde Pública (reuniões semanais); d) realização de videoconferências semanais com todos os

Estados para divulgação dos materiais técnicos elaborados e retirada de dúvidas; e) ativação de central telefônica gratuita (24 horas, 7 dias da semana) para recebimento de notificações e orientação técnica - 0800-644-6645; f) definição dos hospitais de referência nacionais e estaduais para doenças infectocontagiosas para onde seriam encaminhados inicialmente os pacientes suspeitos de Ebola – Hospitais de referência nacional: Instituto Nacional de Infectologia (INI)- Rio de Janeiro - para todos os estados, exceto SP; Emílio Ribas – São Paulo - para o Estado de SP. Todos os hospitais de referência foram supridos com testes rápidos para malária e caixas de padrão NB3 para transporte de amostras biológicas de suspeitos de ebola. Definido laboratório de referência para realização de teste diagnóstico: Instituto Evandro Chagas – IEC /PA. Todos os LACEN possuem profissionais certificados pela OMS para condicionamento de amostras de risco biológico de nível 4; g) realização de exercício de simulação no Rio de Janeiro e São Paulo - simulado completo envolvendo chegada de caso suspeito no aeroporto e manejo do “paciente” no hospital de referência; h) ajuda humanitária aos países afetados; h) envio de kits de Equipamentos de Proteção Individual para os SAMU das capitais; i) elaborados vídeos educativos sobre colocação e retirada dos Equipamentos de Proteção Individual para atendimento e transporte do caso suspeito de Ebola. Destacou que se considera caso suspeito o indivíduo procedente, nos últimos 21 dias, de país com transmissão disseminada ou intensa de Ebola (Libéria, Guiné e Serra Leoa) que apresente febre de início súbito, podendo ser acompanhada de sinais de hemorragia, como: diarreia sanguinolenta, gengivorragia, enterorregia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria. Em locais com transmissão focalizada de doença pelo vírus Ebola (cidade de Port Harcourt/Nigéria), apenas serão considerados suspeitos os indivíduos que relatem contato com pessoa com suspeita ou com diagnóstico de Ebola. Além disso, considera-se a definição de contactante ou comunicante o indivíduo que teve contato com sangue, fluido ou secreção de caso suspeito ou confirmado; ou que dormiu na mesma casa; ou teve contato físico direto com casos suspeitos ou com corpo de casos suspeitos que foram a óbito (funeral); ou teve contato com roupa ou roupa de cama de casos suspeitos; ou que tenha sido amamentado por casos suspeitos (bebês). Destacou que o Ebola é uma doença de notificação compulsória imediata (deve ser notificada em até 24h) de acordo com a Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014. A notificação deve ser realizada pelo profissional de saúde ou pelo serviço que prestar o primeiro atendimento ao paciente, pelo meio mais rápido disponível. Também mostrou quadro com fluxogramas para manejo de caso suspeito, destacando que possível linguagem clara e acessível. Finalizando, destacou os seguintes aspectos a respeito da epidemia: maior da história; existe risco de disseminação para outros países, especialmente povos vizinhos; risco de transmissão por viajantes internacionais existe, mas é muito baixo; preparação para responder rápida e eficazmente caso haja algum caso importado; e a melhor proteção para o mundo é conter na fonte. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, frisou que a maior proteção a surtos como ebolas é garantir um sistema de saúde público universal e assegurar um governo que cumpre o preceito constitucional do direito à saúde. Sendo assim, frisou que o Brasil está preparado para enfrentar uma situação como essa. Seguindo, o Secretário de Vigilância em Saúde apresentou a nova versão da Política Nacional de Promoção da Saúde – PnaPS. Começou detalhando os motivos para a revisão da PNaPS: **a)** demandas para o setor saúde - Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011): As políticas de promoção da saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País; **b)** novos compromissos nacionais e internacionais: 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a declaração de Helsinque com o tema Saúde em Todas as Políticas (2013), Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO +20 (2012) e Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT; **c)** Novas Políticas no SUS: Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria nº 2.715/2011) e Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Portaria nº 2.761/2013); e **d)** Mudanças na legislação: Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012. Explicou que o processo de revisão foi extremamente participativo com apresentação da metodologia ao CNS; realização de cinco oficinas regionais e uma oficina com Presidentes de Conselhos Estaduais de Saúde, promovida pelo CNS; FormSUS com mais de 1.200 respondentes, inclusive com a participação do CNS; utilização da metodologia Delphi - Intra e Intersetorial e Universidades; reunião intersetorial de secretários executivos dos Ministérios; e seminário nacional com 300 participantes - presença do CNS e conselhos estaduais, CONASS, CONASEMS. Explicou que a proposta foi aprovada no Colegiado do Ministro e pactuada na Tripartite, com apresentação no GT-VS e GT-SAS, em 14 de setembro e no GT de Gestão, no dia 1º de outubro. Também foi constituído Grupo de revisão do documento (MS, CONASS, CONASEMS), que se reuniu no dia 8 de outubro. Destacou que a proposta será aprovada na próxima reunião da CIT no dia 30 de outubro. Detalhou a nova estrutura da Política de Promoção da Saúde: Introdução/Antecedentes; Princípios e Valores; Diretrizes; Objetivo Geral; Objetivos Específicos; Temas Transversais; Eixos Operacionais; e Temas prioritários. Explicou que o objetivo geral é promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais

e ambientais. Disse que nas diretrizes são detalhadas linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades: **a)** Estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial; **b)** Fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde; **c)** Incorporação dos valores e princípios da promoção da saúde na Rede de Atenção à Saúde e demais redes de proteção social; **d)** Incentivo à gestão democrática, participativa e transparente; **e)** Ampliação da governança; **f)** Estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências; e **g)** Apoio à formação e à educação em promoção da saúde. Enumerou também os temas transversais da Política: **1)** DSS, Equidade e Respeito a Diversidades; **2)** Desenvolvimento Sustentável; **3)** Produção de saúde e do cuidado; **4)** Ambiente e Territórios Saudáveis; **5)** Vida no Trabalho; e **6)** Cultura da Paz e Direitos Humanos. Destacou que os temas prioritários são aqueles evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas desde 2006, pelas normas e regulamentos vigentes no SUS. Estão em conformidade com o Plano Nacional de Saúde e suas diretrizes, Resolução da CIT nº. 5/13, acordos nacionais e internacionais. São eles: formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura da paz e de direitos humanos; e promoção do desenvolvimento sustentável. Por fim, apresentou os desafios a serem enfrentados: garantir a PNaPS na agenda do SUS; realizar monitoramento e avaliação da promoção da saúde; avançar na articulação intra e intersetorial, visando equidade, integralidade, participação social – exemplo: Projeto Vida no trânsito; avançar em estudos e pesquisas; avançar na educação permanente; promover a sustentabilidade das ações de Promoção da Saúde; e efetivar a PNaPS na Rede de Atenção à Saúde, considerando os territórios (SES, Regiões de Saúde, municípios). Seguindo, o Secretário fez um informe sobre a última reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Lembrou que a Organização possui dois órgãos de governança, o Conselho Diretor, que é o órgão máximo do qual participam os 35 países, e o comitê executivo, composto por 9 membros, que trata das questões administrativas da OPAS e prepara a agenda de debate para o Conselho. Disse que as decisões do Conselho são por consenso, sem votação, e as resoluções não possuem obrigação vinculante de cumprimento pelos países, salvo o Regulamento Sanitário Internacional e a Convenção Quadro do Tabaco. Disse que na última reunião do Conselho foram discutidos vários assuntos importantes: epidemia de ebola, febre chicungunha, obesidade, violência contra a mulher. Na oportunidade, foram aprovadas várias resoluções com destaque para as seguintes: políticas de sangue – estímulo à doação voluntária; cobertura universal e direito à saúde – temas polêmicos. A resolução final coloca a saúde como direito; copagamento de ações de saúde – esse aspecto foi eliminado porque a saúde é um bem solidário. Finalizando, chamou para compor a mesa **Marta Maria Alves da Silva**, coordenadora da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes - CGDANT/DANTPS/SVS, porque não poderia permanecer além do horário estipulado para o debate (11h). **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur**, inicialmente, manifestou satisfação com a pauta da reunião porque os temas em debate se referem ao cotidiano das pessoas. Cumprimentou a Secretaria pela revisão da Política, dada a sua importância e propôs que os temas prioritários dessa Política sejam pauta das próximas reuniões do CNS. Além disso, avaliou que é preciso iniciar debate com a área técnica de vigilância sanitária sobre o processo de monitoramento e avaliação das ações de promoção de saúde. Conselheiro **André Luís Bonifácio** saudou a SVS pela Política Nacional de Promoção da Saúde – PnaPS que, entre outros aspectos, aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, dada a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde. Salientou que os eixos operacionais são fundamentais porque partem de um lugar real – dos territórios, dos municípios. Chamar a atenção ainda para o elemento, trazido especialmente pelo CONASEMS, da cultura de paz e não violência que é fundamental e transversal. Por fim, disse que o debate dessa temática nos conselhos de saúde do país fará com que a Política ganhe concretude e fortaleça o SUS. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** sentiu-se contemplada nas falas dos dois conselheiros e fez um destaque à articulação da PnaPS com outras políticas e à diretriz da promoção da equidade. Nessa linha, disse que é preciso visibilizar as políticas essenciais para garantir esse princípio como aquelas voltadas à população LGBT, à população negra, à população do campo e floresta, à população indígena, entre outras. Na linha da cultura de paz e não violência, risou que é preciso ter atenção para os crimes homofóbicos que ocorrem no país e para os assassinatos de jovens negros. Concordeu que a Política é importante, mas é preciso dialogar com outras políticas públicas e resolver as grandes questões para promoção da equidade. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** registrou a satisfação do grupo de pacientes reumáticos com a revisão da Política porque possibilitará atender as demandas desse segmento. Lembrou que não há políticas específicas para o segmento dos pacientes reumáticos, nem pesquisas e ainda se enfrenta falhas no Sistema acerca da dispensação de medicamentos, da falta de regionalização e de centros de infusão para aplicação de medicamentos. Conselheiro **Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** cumprimentou a SVS pela revisão da Política porque incorpora a ideia dos determinantes sociais da saúde e da melhoria das condições de vida. Todavia, avaliou que a Política aponta para o enorme desafio da necessidade de fortalecer a articulação intersetorial. Nessa linha, perguntou que iniciativas estão sendo tomadas para que

um órgão de coordenação do governo encaminhe a Política. Avaliou ainda que a equidade é uma estratégia para alcançar a igualdade, sendo assim, ponderou que o objetivo da política deveria ser “promover a igualdade” e não “promover a equidade”. Por fim, cumprimentou o Ministério da Saúde pelas ações de enfrentamento ao ebola e manifestou satisfação com as recomendações da OPAS voltada ao acesso e à cobertura universal. Conselheiro **José Eri de Medeiros** cumprimentou o Ministério da Saúde pela metodologia utilizada na construção da Política e propôs duas questões para debate: intersectorialidade – deve ser um tema transversal; e educação em todos os níveis - deve ser prioridade. Conselheira **Ana Maria Costa**, inicialmente, manifestou satisfação com as resoluções da OPAS e fez um destaque àquela que trata da cobertura universal. Também saudou o Ministério da Saúde pelo plano de enfrentamento à epidemia do ebola no Brasil e solicitou que seja divulgado, até mesmo para tranquilizar a população. Em relação à Política, avaliou que a revisão representa um avanço, pois responde à necessidade de atender o artigo 196 da Constituição Federal, que coloca a saúde como recorrente das múltiplas políticas sociais e econômicas. Avaliou que o CNS deve convocar os conselhos de saúde para debater a implementação da Política e da vigilância nos territórios. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** concordou que é preciso rever o objetivo geral da Política: de “promover a equidade” para “promover a igualdade”. Avaliou que a Política é uma iniciativa importante e o grande desafio é fazer com que chegue à base, atingindo as pessoas que mais precisam. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** avaliou que o método de revisão da Política foi democrático e deveria ser modelo para revisão de outras políticas públicas. Ressaltou a importância da manutenção do tema da alimentação saudável como prioritário e concordou que um dos principais desafios a serem enfrentados é garantir a PNaPS na agenda do SUS. Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** avaliou que as entidades têm o dever de transferir informações, principalmente no que se refere à promoção da saúde. Também destacou que é preciso ter a percepção de doenças associadas ao envelhecimento e que podem ser prevenidas a partir das ações prioritárias apresentadas. Ressaltou ainda a importância de associar a educação permanente nesse processo de construção da Política. Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** agradeceu o Secretário de Vigilância Epidemiológica pela apresentação das medidas de preparação para o enfrentamento da epidemia de ebola e ressaltou que é preciso garantir maiores esclarecimentos para a população em geral. Nessa linha, propôs que o Ministério da Saúde realize campanha de esclarecimento imediato, inclusive para acalmar a população do país. Além disso, avaliou que as entidades que compõem o CNS podem contribuir na socialização de informações e esclarecimento nas bases. Sobre a nova versão da Política, solicitou que o Ministério da Saúde incorpore as sugestões dos conselheiros. Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, inicialmente, perguntou quais são as iniciativas da SVS/MS em relação à Portaria nº. 389/2004, que define os critérios para organização da linha de cuidados para pessoas com doença renal crônica. Salientou que não há equidade na questão do acesso aos serviços, o que causa, muitas vezes, óbito de pacientes. Disse que o grupo de pesquisa de economia da saúde da Faculdade de Medicina de MG identificou que não existe viabilidade de identificação de registro de pacientes renais e integração da base de informação do SUS, o que dificulta a realização de pesquisas. Perguntou se existe posição a respeito e solicitou maiores esclarecimentos sobre a questão da inserção da linha do enfrentamento das doenças crônicas. Em relação aos temas transversais, destacou a equidade, a transição de saúde, o cuidado, os direitos humanos. Destacou que a SVS deve posicionar-se a respeito da política de segurança do paciente, doenças cardiovasculares, hepatites, pessoas com deficiência. Por fim, perguntou como contribuir para que o paciente renal tenha visibilidade nas políticas do SUS. Conselheira **Simone Vieira da Cruz** cumprimentou a SVS pela revisão da Política com destaque especial à incorporação de populações que historicamente não eram contempladas. Reiterou que o CNS possui papel essencial no monitoramento da Política e salientou a importância da articulação com as demais políticas públicas. Concordou que é preciso incluir “garantia da igualdade” no objetivo da Política, mas contemplando a equidade. Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão** cumprimentou o Secretário de Vigilância em Saúde pela explanação e pela metodologia participativa de revisão da Política. A respeito das iniciativas em relação à epidemia de ebola, avaliou que o Ministério da Saúde deveria divulgar boletins informativos, com linguagem clara e acessível, para esclarecimento da população. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** explicou que participara, junto com a conselheira Nelcy Ferreira, do seminário de construção da Política e muitas das questões colocadas pelo Plenário também foram debatidas naquela oportunidade. Avaliou que a Política representa um avanço, mas é preciso cuidado com a forma para colocá-la em prática, uma vez que demandará articulação intersectorial, pactuação intergestores, compromisso das três esferas de governo e mobilização das entidades. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que na reunião do conselho diretor da OPAS o Brasil reforçou a defesa do direito à saúde como universal. Lembrou que participaram do encontro representante da academia, de ONGs e indústria farmacêutica, aprofundando a relação da OPAS com órgãos não governamentais. Todavia, os Estados Nações defenderam que a OPAS seja um espaço intergovernamental que deve blindar-se dos direitos privados ou não governamentais. Disse que também participaram outras organizações da sociedade civil como o movimento em defesa da saúde dos povos. Do ponto de vista da política democrática, o Brasil e outros países – El Salvador, Chile, Uruguai - cumpriram importante papel no debate e no posicionamento acerca da garantia da cobertura. Sobre a

Política, avaliou como avanço porque sai do foco do sujeito para a promoção com qualidade de vida e necessidade humana. Também salientou a importância de uma política de comunicação para divulgar a Política. Defendeu que haja comitê governamental nas três esferas de gestão e debate interconselhos a respeito da Política. **Retorno da mesa. Marta Maria Alves da Silva**, coordenadora da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes - CGDANT/ DANTPS/ SVS, iniciou agradecendo as contribuições do CNS como parte do processo de construção coletiva de política pública. Reiterou o processo coletivo de construção da Política, com a participação de conselheiros, dos Secretários de Saúde Estaduais e Municipais, representantes de instituições de ensino e pesquisa, pesquisadores. Destacou que o objetivo geral da Política de “promover a equidade” aponta a intenção de intervir nos determinantes e condicionantes da saúde para garantir a saúde e a qualidade de vida e frisou que, para atingir a igualdade, é preciso promover a equidade. Salientou que a Política é transversal, intra e intersetorial, com abordagem sobre as responsabilidades e compromissos dos diversos setores. Portanto, dialoga com outras políticas e a intenção é ampliar ainda mais a articulação, por exemplo, com a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de Humanização, Gestão Estratégica e Participativa. Além disso, a PnaPS enfatiza a articulação com as políticas específicas – Política Nacional de Saúde da População Negra, da População LGBT, do Campo e da Floresta, bem como articulação intersetorial com outras políticas – Política Nacional de Mobilidade Urbana, Segurança Alimentar, Participação Social. Destacou que, para tanto, foram definidas várias estratégias, entre elas, a inserção da Política na agenda do SUS, nas três esferas de governo. Nessa linha, ressaltou a importância de debater a PnaPS na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e na 15ª Conferência Nacional de Saúde. Também ressaltou que a Política dialoga com o Plano Nacional de Saúde, com várias diretrizes definidas como prioritárias e citou, por exemplo, que a diretriz 5 trata da questão do envelhecimento saudável. Salientou ainda que a Política contempla a discussão dos pacientes reumáticos e renais crônicos, com discussão da linha de cuidado que está em construção com a SAS/MS, inclusive a definição de protocolo de atendimento, garantindo integralidade por meio da implementação de linhas de cuidado, em parceria com a sociedade científica. Ressaltou que um dos pontos fortes da Política é articular-se com o que já foi construído e pactuado, portanto, para operacionalizar a Política é preciso envolver todas as instâncias de pactuação tripartite e discussão no âmbito da região de saúde. Explicou que os temas transversais priorizados na Política são referências para construir agendas setoriais e intersetoriais e a partir daí definir estratégias e prioridades. Salientou que o eixo operacional refere-se às estratégias a serem adotadas para colocar a Política em prática, por isso, a ênfase na gestão, na intersectorialidade. Sobre monitoramento e avaliação, explicou que foram definidos vários indicadores que são monitorados por várias pesquisas como o VIGITEL que monitora fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Frisou que várias pesquisas de monitoramento são realizadas no Brasil e citou, por exemplo, a que será realizada nos meses de setembro e outubro em todo o país nas portas de entrada de pronto socorro para monitorar violência e acidentes nas grandes urgências. Salientou que essas pesquisas trazem situação de saúde e também análise de tendências onde se monitora os planos, os programas e as ações implementadas. Também ressaltou a importância de um processo de educação permanente e frisou que se trata de um tema prioritário da Política. Por fim, agradeceu as contribuições do CNS, dos conselhos estaduais e municipais de saúde, da ABRASCO, do CONASS, do CONASEMS no processo de construção da proposta e colocou-se à disposição para outros esclarecimentos. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** solicitou que fosse disponibilizado o documento sobre as linhas de cuidado dos renais crônicos. Lembrou que a Política é datada de 1994 e hoje são quase R\$ 5 bilhões gastos, com grande impacto na saúde. **Marta Maria Alves da Silva**, coordenadora da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes - CGDANT/DANTPS/SVS, disse que repassaria os documentos disponíveis e colocou-se à disposição para participar de reuniões temáticas do CNS. Após esses esclarecimentos, conselheiro **Carlos Alberto Duarte** colocou em votação a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a Política Nacional de Promoção da Saúde.** Definido esse ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Retomando, conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, abriu a palavra para informes. Conselheira **Simone Vieira da Cruz** fez um informe sobre o seminário de saúde da população negra e AIDS, realizado de 18 a 20 de setembro de 2014, com o apoio do CNS, para articular as ações dos ativistas do movimento negro nos conselhos de saúde. Destacou que vários conselheiros nacionais participaram dessa atividade e o resultado foi positivo. Também divulgou a mobilização nacional para a saúde da população negra, que se inicia no dia 27 de outubro e vai até o dia 27 de novembro, com o tema “Política de Saúde da População Negra – por que não está sendo implementada?”. **Item extra pauta.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que a SE/CNS recebeu ofício do CONASEMS comunicando a impossibilidade de permanecer na Mesa Diretora do CNS. Além disso, informou que havia acordo entre CONASS e CONASEMS sobre rodízio das duas entidades na Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, representante do CONASEMS, explicou que, durante o processo eleitoral do CNS, CONASS e CONASEMS firmaram acordo em que cada uma das entidades ocuparia um ano e meio do mandato. Portanto, o CONASEMS encaminhou ofício comunicando o afastamento e manifestando o apoio à indicação do CONASS. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** explicou que a preocupação do

segmento dos gestores/prestadores de serviço é recompor a representação na Mesa Diretora do CNS a fim de cumprir as atribuições que lhe é cabível. Destacou que, após diálogo no segmento, havia um único candidato para ocupar a vaga: conselheiro Jurandi Frutuoso, representante do CONASS. Conselheiro **Nelson Mussolini** explicou que, após debate interno no segmento dos gestores/prestadores de serviços, chegou-se à conclusão sobre a necessidade de desvincular esses dois segmentos. Ressaltou que os prestadores de serviço não fazem parte do segmento dos gestores, dada as suas especificidades. Salientou que esse tema já foi tratado no Conselho em outra oportunidade, mas precisaria retornar para uma definição. Lembrou, inclusive, que o Plenário do CNS leva o nome de Omilton Viscondi, um líder da indústria farmacêutica no país, que contribuiu substancialmente para o fortalecimento do SUS. Disse que, após debate interno, chegou-se a consenso sobre a indicação do nome do conselheiro Jurandi Frutuoso para compor a Mesa Diretora do CNS, o que não significa que os prestadores abriram mão da vaga. Chamou a atenção para a importância do setor privado e do seu fortalecimento no sentido de buscar o melhor para o SUS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, agradeceu CONASS, CONASEMS e CNI pela forma comprometida que conduziram essa recomposição da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: aprovada, por aclamação, a indicação do conselheiro Jurandi Frutuoso, representante do CONASS, para compor a Mesa Diretora do CNS em substituição à representação do CONASEMS.** Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** saudou CONASS, CONASEMS e CNI pela forma madura e comprometida como conduziram a recomposição da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 7 - 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA** - Indicar, aprovar e deliberar sobre delegados e programação. *Composição da mesa:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST; **Carlos Augusto Vaz de Souza**, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços (CGDEP/DAGVS/SVS/MS); e conselheiro **João Rodrigues Filho**, coordenador adjunto da CIST. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** iniciou a apresentação explicando que a Mesa Diretora do CNS, seguindo a orientação do Plenário do CNS, apreciou as demandas oriundas da Comissão de Organização da Conferência e propõe que os 144 conselheiros nacionais de saúde sejam delegados da Conferência. Desse modo, seria necessário ajuste no número de delegados indicados pelo CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu a definição do prazo de 10 dias para indicação de nomes e, na impossibilidade de participação do conselheiro, fosse assegurada a possibilidade de indicar representante da entidade que o conselheiro representa no CNS, a fim de não haver prejuízos à participação e quebra de paridade. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** sentiu-se contemplado na proposta apresentada pelo conselheiro Clóvis Bouffleur, pois o CONASS deseja indicar representante não conselheiro para a vaga destinada a 2ª suplência, uma vez que há assessores que trabalham com o tema. Após essas falas, a mesa encaminhou a proposta. **Deliberação: o Plenário decidiu que os 144 conselheiros nacionais de saúde serão delegados da Conferência. O prazo é de 10 dias para confirmar a participação. Na impossibilidade de participação do conselheiro, poderá ser indicado representante da entidade que o conselheiro representa no CNS.** Em seguida, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** apresentou a programação da Conferência: **15 de Dezembro de 2014: 10h às 21h** – Credenciamento de delegados titulares e convidados. **15h às 18h** – Plenária de Abertura: Aprovação do Regulamento. **18h às 19h30min** – Mesa Redonda: Desenvolvimento econômico, social e ambiental e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora. O palestrante/expositor dessa mesa deve incluir as questões relacionadas abaixo: 1) No contexto mundial e nacional de forma a orientar os debates subsequentes: Panorama do mundo do trabalho e modelo de produção no Brasil; Mercosul e outras articulações internacionais e dos movimentos sindicais e de trabalhadores na perspectiva da garantia de direitos do trabalhador e da trabalhadora; Identificar lutas da classe trabalhadora na perspectiva da garantia e ampliação dos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras; O papel do Estado e da sociedade. 2) O SUS, a PNSTT e suas articulações com as políticas públicas: Categoria trabalho e os determinantes sociais das desigualdades em saúde; Panorama epidemiológico; Os impactos ambientais e à saúde; Seguridade Social; Papel das três esferas de gestão do SUS; Integração de redes; Regiões de saúde. **19h30min às 20h30min** – Solenidade de Abertura. **20h30min** – Coquetel e Atividade Cultural. **16 de dezembro de 2014. 9h às 18h** – Credenciamento de delegados titulares e convidados. **18h às 21h** – Credenciamento de delegados suplentes em substituição aos delegados titulares. **8h às 10h30min** – Diálogos Temáticos. Ementa geral: articulam-se com as diretrizes da PNST e as propostas das conferências Estaduais. 1. Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora. 2. Intersetorialidade na saúde do trabalhador e da trabalhadora. 3. Participação e controle social. 4. Financiamento da PNST, nos Municípios, Estados e União. 5. Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora. 6. Organização da atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora. 7. Trabalho nos setores públicos e privados e interfaces com a saúde do trabalhador e da trabalhadora. 8. Educação em saúde do trabalhador e da trabalhadora. 9. Condições de trabalho, doenças e acidentes relacionados ao trabalho. 10. Produção da informação em saúde do trabalhador a partir dos diversos sistemas de informação da saúde e de outros setores. 11. Gestão do trabalho no SUS. **10h45min às 13h** – Diálogos Transversais. Ementa Geral: Sofrimento físico mental e moral no mundo do trabalho (suicídio, assédio moral, adoecimento psíquico, assédio sexual)/Grupos vulneráveis (Saúde do trabalhador negro,

indígena, cigano e LGBT) no mundo do trabalho/As Novas tecnologias e os impactos na saúde do trabalhador. 1. Saúde da mulher trabalhadora. 2. Pessoas com deficiência e pessoas com patologias: inclusão, permanência e retorno ao trabalho. 3. Saúde mental e trabalho. 4. Mesas de negociação/Negociação coletiva nos setores público e privado. 5. Saúde dos trabalhadores da saúde. 6. Saúde e Trabalho no campo, floresta e águas. 7. Proteção Social: os desafios da Seguridade Social. Reabilitação e retorno ao trabalho. 8. Precarização, informalidade e terceirização no trabalho. 9. Desigualdade no trabalho, populações vulneráveis e racismo institucional. 10. Fatores da organização do trabalho/Trabalho em turnos e noturno nos diversos ramos de atividade econômica/ritmo/produtividade/jornada de trabalho/pausa de recuperação. 11. Mortes no trabalho/acidentes de trabalho com óbito: ênfase na saúde do Trabalhador em transportes e categorias com maior mortalidade no trabalho. 12. Produtos químicos, seus contaminantes e doenças relacionadas ao trabalho/Produção, Trabalho, saúde e ambiente: o caso dos agrotóxicos. **14h30min às 18h30min – Trabalhos de Grupos. 17 de Dezembro de 2014. 8h às 18h30min – Trabalhos de Grupos. 18 de dezembro de 2014. 8h às 18h30min – Plenária Final e Encerramento. Manifestações.** Conselheiro **Marco Antônio Castilho Carneiro** reiterou sua preocupação com o horário de credenciamento dos suplentes por entender que ficarão aliçados do processo e solicitou que essa questão fosse revista. Conselheira **Simone Vieira da Cruz** perguntou se os palestrantes já foram indicados e foi esclarecida que até o momento poucos nomes haviam sido indicados. Segundo o coordenador, na próxima semana, essa questão seria definida na reunião da Comissão Organizadora e os interessados poderiam indicar nomes a serem considerados. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou se é possível apresentar sugestões ao Programa oficial de alimentação do trabalhador. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que a maioria dos suplentes da conferência não conhece o titular e vice-versa, porque esses representantes eram eleitos nos estados. Relatou que, em conferências anteriores, houve situações de cadastramento de suplentes antes de titulares, assim, decidiu-se por cadastrar suplentes no final do dia para evitar esse tipo de situação. Como encaminhamento, propôs que fosse feito mapeamento dos titulares que não poderão vir e garantir o credenciamento dos suplentes no horário dos delegados titulares e dos convidados. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** explicou que os suplentes com documento autorizando a substituição do titular poderão fazer o credenciamento no horário dos titulares. Além disso, lembrou que cada delegação estadual terá um representante para facilitar o diálogo e o contato. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** sugeriu que os Estados realizem encontro com a respectiva delegação para escolher a representação da delegação do Estado e confirmar a vinda do titular ou suplente. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** reiterou a importância de garantir um coordenador por estado, realizar encontro prévio da delegação e assegurar o credenciamento dos suplentes. Propôs que o delegado suplente possa credenciar se tiver de posse do documento ou se houver a confirmação do representante do Estado. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou qual a será a metodologia para o debate dos temas transversais, uma vez que envolvem outros ministérios, e frisou que é preciso ter orientação para indicar convidados. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** explicou que os diálogos temáticos e os diálogos transversais terão dois palestrantes – um especialista e outro que reside em Brasília. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que as questões das pessoas com deficiência e patologia são novas e não foram tratadas em conferências. Portanto, é preciso definir palestrantes que tratem desse tema. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** explicou que os conselheiros podem apresentar sugestões a serem consideradas, desde que não modifiquem substancialmente a lógica definida por conta de prazos. Conselheiro **Gilson Silva** perguntou como se dará a escolha do coordenador da delegação estadual. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** respondeu que o Estado decidirá o coordenador da delegação estadual. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, chamou a atenção para o esforço da comissão organizadora para assegurar o sentido político da Conferência conforme pactuado no Plenário. Ressaltou que, além de debater o mundo do trabalho, a Conferência promoverá diálogo com os sujeitos desse mundo. Disse que os Estados debateram questões prementes e cabe à etapa nacional responder a esses debates. Salientou que a conferência inovará na metodologia (diálogo transversal) e será um exercício para se pensar a 15ª Conferência. No caso dos expositores, explicou que a intenção é indicar um especialista e um conselheiro para expor. No caso da mesa redonda, disse que dará o tom político da Conferência e como expositor foi sugerido o nome do professor Márcio Pochman. Também destacou que é preciso debater a relação doença/trabalho. Por fim, disse que poderia ser montado stand na conferência para distribuir material sobre temas de diversos como questões LGBT, patologias. Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** explicou que poderiam ser feitas sugestões desde que não modificassem a dinâmica já proposta uma vez que a Conferência estava próxima e muitos materiais já haviam sido encaminhados para impressão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** explicou que o Programa Oficial de Alimentação do Trabalhador possui uma série de questões que precisa ser revista. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que a questão poderia ser contemplada no item 12. Conselheiro **Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza** apresentou as seguintes sugestões para convidados: prof. Eduardo Faiane, coordenador do Grupo da Plataforma Social ou um integrante desse grupo; e representação da direção das centrais sindicais nacionais que não estão diretamente envolvidas na saúde. Conselheiro **Adriano Macedo Félix** sugeriu

que as entidades representantes das pessoas com patologias disponibilizem material para ser distribuído na Conferência. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** explicou que é preciso assegurar que os participantes dos diálogos não sejam necessariamente técnicos na área por entender que é preciso garantir que os delegados se identifiquem com a problemática do segmento. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, informou que o professor **Márcio Pochmann** confirmou presença como convidado na mesa de abertura da Conferência e também defendeu a presença do professor Eduardo Faiane nos diálogos. Solicitou outras sugestões de nome para palestrantes e foi sugerido o nome do professor **Jairnilson Silva Paim**. Seguindo, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** abriu o debate para definição dos 132 delegados eleitos pelo CNS no total de 132. Primeiro, o coordenador do CGDEP/MS, apresentou os nomes indicados pelo segmento dos gestores/prestadores de serviços. São 33 nomes, sendo 12 os segundos suplentes desse segmento. Portanto, apresentou as 21 indicações dos gestores e prestadores de serviços: 1) MS (SVS); 2) MS (SAS); 3) MS (SGTES); 4) Anvisa; 5) Fiocruz; 6) MTE (SIT); 7) MTE (SRT); 8) Fundacentro; 9) MPS; 10) INSS; 11) CONASS; 12) CONASEMS; 13) MMA; 14) MPT; 15) TST; 16) MDA; 17) MAPA; 18) Secretaria de Políticas para Mulheres-PR; 19) Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial-PR; 20) Prestador de Serviço (a ser definido); 21) Prestador de Serviço (a ser definido). As sugestões de convidados são os seguintes (22 indicações): 1) CONASS; 2) CONASS; 3) CONASS; 4) CONASEMS; 5) CONASEMS; 6) CONASEMS; 7) MPF; 8) Secretaria de Portos-PR; 9) DPRF; 10) MME; 11) IPEA; 12) Secretaria de Direitos Humanos-PR; 13) MDS; 14) MPA; 15) MCTI; 16) INCA; 17) OIT; 18) OPAS-Brasil; 19) OPAS-Washington; 20) MS-Argentina (CISAT); 21) MS-Uruguai (CISAT); 22) MS-Paraguai (CISAT). Também apresentou uma lista “reserva” de nomes: 23) MS-Venezuela (CISAT); 24) MS-Chile (CISAT); 25) MS-Bolívia (CISAT); 26) MPOG; 27) MinC; 28) IBGE; 29) Secretaria Nacional de Juventude-PR; 30) ANAMATRA – Associação Nacional dos Magistrados da Justiça do Trabalho; 31) ANPT – Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho; 32) SINAIT – Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho; 33) MRE; 34) BNDES; 35) Ministério dos Transportes; 36) CNT; 37) CNA; 38) CNF. Concluída a apresentação, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** detalhou os participantes da 4ª CNSTT: a) delegados eleitos nas etapas Estaduais: 900; b) delegados eleitos pelo CNS - conselheiros titulares: 48; c) delegados eleitos pelo CNS - conselheiros suplentes: 48; d) delegados eleitos pelo CNS – conselheiros . 2º suplentes: 48; e) delegados eleitos pelo CNS – Entidades: 84; f) convidados: 88; g) Total: 1216. Em seguida, apresentou as indicações do segmento dos usuários para convidados: 1) Flávio Costa – cursando Mestrado em Psicologia UFPE; 2) Renata Sousa – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária – FMUSP; 3) Fórum Nacional de Luta e Defesa de Comunidades e Povos Tradicionais; 4) Instituto Pese Bem; 5) Sylvania Cerqueira Santos – Pessoas com Deficiência; 6) Associação – Grupo Hercules de Apoio aos Portadores de Hepatites Virais e Transplante de Fígado/SC; 7) Grupo de Pacientes Artríticos de Goiás; 8) Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – AMPASA; 9) Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP; 10) Conselho Nacional da Juventude; 11) Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR; 12) Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA; 13) Ordem dos Advogados do Brasil – OAB; 14) Associação Latino Americana dos Advogados Laboralista – LAU; 15) Grupo de Pacientes Artríticos de Goiás; 16) Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região – ARU; 17) Arair de Freitas Azambuja – MBHV; 18) Associação Indígena Hepatites Virais – YURA; 19) Rede Nacional de Religiões Afro Brasileira e Saúde; 20) Fórum Feminista Brasileiro; 21) Sindicato dos Técnicos em Segurança do Trabalho do Estado de Minas Gerais; 22) Coletivo Feminino Plural; 23) Federação Nacional dos Agentes Comunitários. Foram indicados 23 nomes, mas o segmento dos usuários devem indicar 44 convidados. Em seguida, apresentou as indicações do segmento de usuários para delegados: 1) Federação das APAES; 2) CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular; 3) FNU – Federação Nacional dos Urbanitários; 4) FENTAC – Federação Nacional dos Trabalhadores da Aviação Civil; 5) Rede Nac. de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS-RNP+1; 6) CONDSEF – Confederação Nacional dos Servidores Públicos Federais; 7) CONTIU – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria Urbana; 8) ABREA – Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto; 9) ACPO – Associação de Combate aos Poluentes; 10) AEIMM - Associação dos Expostos e Intoxicados por Mercúrios Metálico; 11) FITERT – Federação Interestadual dos Trabalhadores em Empresas de Radiodifusão e Televisão; 12) CUFA – Central Única de Favelas; 13) Rede Brasileira de Saúde Ambiental; 14) Movimento dos Atingidos por Barragem; 15) Conselho Nacional de Populações Extrativistas; 16) Fórum Social Mundial de Saúde e Seguridade Social; 17) Federação Nacional dos Trabalhadores Domésticos; 18) CUT; 19) NCST; 20) CGTB; 21) FS; 22) CTB (Luciano) – 2 vagas; 23) UGT – 2 vagas; 24) CONTAG (Manoel Simão); 25) Confederação Nacional dos Servidores Públicos Civis do Brasil; 26) Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB; 27) Rede Sapatá; 28) Rede Nacional de Controle Social da Saúde da População Negra; 29) Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo – APOINME; 30) Articulação dos Povos Indígenas do Sul – ARPIN; 31) Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro – CONTRAF (Walcir); 32) CONTICON – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria da Construção - (Aluizio); 33) CMP – Central dos Movimentos Populares - (Luiz Gonzaga); 34) Pastoral Operária; e 35) Coordenadores Estaduais da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde- 6 vagas. Total de indicações para 42 vagas de delegados: 42. Enquanto se aguardava as indicações do segmento dos

trabalhadores da saúde, foi aberta a palavra para considerações sobre as propostas apresentadas. No caso das indicações do segmento dos usuários para convidados, foi feita retificação por conta de duplicidade de indicação (Grupo de Pacientes Artríticos de Goiás), permanecendo uma vaga para essa entidade. Em seguida, foram apresentadas as seguintes indicações para convidados: CONSEA; CNAS; Conselho Nacional das Mulheres; Conselho Nacional de Educação; Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção LGBT; Fórum Brasileiro de Economia Solidária; Leila Regina Lopes – empreendedora. Na lista reserva de delegados, incluir Movimento Nacional de Pescadores e Pescadoras Artesanais e Movimento Nacional de População de Rua, a fim de serem contemplados caso haja vacância. No caso de não ser possível, garantir como convidado. Em relação ao segmento dos gestores/prestadores de serviços de saúde, foi sugerido destinar mais uma vaga para o INCA, totalizando 2. A sugestão foi registrada e será verificada a possibilidade de contemplar. Na sequência, conselheiro **João Rodrigues Filho** apresentou as indicações do segmento dos trabalhadores para delegados: 1) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS – Ademir Portilho Terra; 2) Conselho Federal de Psicologia – CFP: Graça Jacques; 3) FASUBRA: Valéria; 4) FENAFITO: Valdir; 5) Federação Nacional de Odontologia - FNO; 6) Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; 7) Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social - ABEPSS; 8) Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras Domésticas – FENATRADE (verificar porque essa entidade foi indicada pelo segmento dos usuários. A sugestão é retirar); 9) Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias – FENACE (verificar porque essa entidade foi indicada pelo segmento dos usuários); 10) FENTAS: professor José Augusto da Silva Filho; 11) FENTAS: Dra. Ana Cristhina de Oliveira Brasil; 12) Federação Nacional dos Assistentes Sociais - FENAS: Ana Lúcia Soares Tojal; 13) Conselho Federal de Farmácias - CFF - Francisco Batista Junior; 14) Saúde do Trabalhador/MG - Conceição Aparecida Rezende; 15) Fundacentro - Marta L. Freitas; 16) UFSC - Denise Elvira Pires; 17) ABEN Nacional - Ângela Maria Alvarez. Nesse ponto, Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** interveio para esclarecer que as indicações de pessoas de notório saber se referiam a convidados. Para delegados, deveriam ser indicadas entidades. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** explicou que as indicações feitas referem-se a delegados. Assim, seguiu concluir a apresentação e fazer as adequações necessárias posteriormente. Continuando a apresentação das indicações para delegados: 18) CFESS - Ruth Bittencourt; 19) CFN - Kelva Karina Nogueira de Carvalho de Aquino; 20) Coordenação da Plenária de Conselhos - Edna Maria dos Anjos; 21) Coordenação da Plenária de Conselhos: Raimundo do Espírito Santo Silveira Brito. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** esclareceu que, no caso dos delegados, a indicação deve ser feita pela entidade. Sendo assim, poderá ser indicado nome diferente do apresentado. Na sequência, houve uma rodada de intervenções para esclarecimento de dúvidas e apresentação de sugestões. Entre as questões levantadas, destacam-se as seguintes propostas: é necessário revisar a lista apresentada pelo segmento dos trabalhadores considerando a sugestão de ampliar para além das entidades que compõem o CNS; será necessário comparar as listas apresentadas pelos três segmentos a fim de identificar duplicidade de indicações e evitar a quebra de paridade; é preciso considerar o recorte de raça, gênero, etnia nas indicações; é necessário verificar a questão do financiamento dos convidados. Em resposta às questões colocadas, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** destacou que: a decisão final sobre as indicações é do Plenário do CNS; e cada segmento deve fazer indicações de pessoas/entidades do segmento ao qual pertence. A seguir, houve outra rodada de manifestações com destaque para as seguintes questões colocadas: as adequações das indicações devem ser feitas na comissão organizadora da Conferência; na adequação, contemplar mais uma vaga para a Coordenação de Plenária (Valdir Rodrigues Franco); rever a duplicidade de indicações e incluir representantes de outras áreas além da saúde como comerciários, bancários, entre outros. Como encaminhamento, o coordenador da mesa sugeriu apresentar a lista de convidados elaborada pelo segmento dos trabalhadores da saúde, mas sem debate. Em seguida, procederia aos encaminhamentos. Acatada a proposta, conselheiro **João Rodrigues Filho** apresentou as indicações do segmento de trabalhadores para os convidados: 1) Federação Nacional dos Portuários – FNP; 2) Fed. Nac. dos Trab. no Serv. de Asseio, Conservação, Limpeza Urbana e Áreas Verdes – FENASCON; 3) Fed. Nacional dos Técnicos de Segurança do Trabalho – FENATEST; 4) Conf. Nac. dos Trab. nas Indústrias de Alimentação e Afins – CNTA; 5) Fed. Nac. Tec. Aux. de Radiologia – FENATRA; 6) CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde; 7) CNTSS; 8) COFFITO/ABRAFITO; 9) FENAS; 10) FNE; 11) CFMV; 12) ABEN; 13) FENAPSI; 14) FASUBRA; 15) ABEN Nacional: 5; 16) ABEN Nacional. Falta preencher algumas vagas. Lista reserva para eventuais substituições: ABEN NACIONAL; CNTS; CNTS; FENAPSI; FNTSUAS; e FASUBRA. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que as listas dos segmentos dos usuários e dos gestores/prestadores de serviços estavam quase concluídas e a do segmento dos trabalhadores necessitaria de maiores adequações. Sendo assim, abriu a palavra para encaminhamento. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu que o Plenário aprovasse o mérito das listas e encaminhasse à Comissão Organizadora para os ajustes finais. Conselheira **Maria do socorro de Souza**, Presidente do CNS, propôs que a assessoria técnica fizesse uma análise das listas, de modo a identificar as indicações repetidas e remetesse à Comissão Organizadora para finalizar. No caso de sobra de vagas, sugeriu que fossem contemplados outros setores fora da saúde. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** ratificou a

proposta do conselheiro Clóvis Boufleur e solicitou que fossem consideradas as indicações feitas na comissão organizadora. Além disso, sugeriu definir prazo para consolidação da lista aprovada pelo Plenário. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** ("Santinha") solicitou que, no caso de sobra de vaga, fosse assegurada a participação da Sra. Ildete Pereira como delegada. O coordenador da mesa colocou em apreciação os encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou o mérito das listas de participantes indicadas pelos segmentos. As listas serão concluídas na próxima reunião da comissão organizadora. Para contribuir nesse trabalho, será feita análise para identificar duplicidade de indicações. As entidades deverão indicar representante para substituir conselheiro que não puder participar da conferência até o dia 20 de outubro. Após esse prazo, não será possível fazer substituição. Além disso, acordou-se que os planos de voos dos delegados deverão ser encaminhados até o dia 3 de novembro (e-mail de contato: larissa.tavares@saude.gov.br). Até o dia 14 de outubro as orientações serão encaminhadas aos conselheiros. Por fim, acordou-se que os representantes da Coordenação de Plenária presentes à reunião – Carlos Alberto, Marcelo Melo e Edna Maria fariam diálogo com os coordenadores da Plenária para definição dos representantes para participar da Conferência.** Com esses encaminhamentos, o coordenador da mesa encerrou a discussão. **ITEM 8 – CONTINUAÇÃO DOS INFORMES E INDICAÇÕES – 1)** Convite do Ministro de Estado da Saúde para participar da coletiva de imprensa para anúncio de ações de incentivo ao parto normal na saúde suplementar. Data: 10 de outubro. Horário: 10h. Indicação: conselheira **Vânia Lúcia Leite**. **2) O Ministério da Educação e Cultura – MEC solicita a indicação de representante do CNS para participar como observador na “Conferência Nacional de Educação – CONAE 2014”. Data: 19 a 23 de novembro de 2014. Local: Brasília/DF. Indicação:** conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**. **3) 68ª Congresso Brasileiro de Enfermagem - ABEN. Data: 28 a 31 de outubro de 2014. Local: Centro de Convenções – Belém do Pará. “O protagonismo da enfermagem na atenção à saúde”. São 5 vagas destinadas ao CNS. Serão desenvolvidas atividades sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Indicações:** três representantes do CNS – conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**; conselheiro **Gilson Silva**; e conselheira **Maria Angélica Zollin de Almeida**; e dois do CES/PA – verificar com o Conselho. **4) Conselheiro Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza** informou que a ABRASCO, com o apoio do Ministério da Saúde, realizará o II Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente, de 19 a 22 de outubro, em Belo Horizonte/MG e convidou todos a participar dessa atividade. **5) Conselheiro Renato Almeida de Barros** sugeriu indicar o conselheiro Geraldo Adão Santos para participar do grupo indicado pelo CNS para analisar denúncia do Conselho de Belo Horizonte/MG. **O Plenário decidiu que o grupo para acompanhar denúncias no CMS/BH será composto por: conselheiro Renato Almeida de Barros, conselheiro Eni Carajá Filho e conselheiro Geraldo Adão Santos.** **6) Conselheiro Adriano Macedo Félix** oficializou a sua participação, junto com a conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, no Seminário de judicialização no Rio de Janeiro. **7) O Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo – GRUPASP** solicita a indicação de representante do Conselho Nacional de Saúde no evento “Lúpus: trilhando novos caminhos através da informação”. Data: 13 de Dezembro de 2014. Local: São Paulo/SP. **Indicação:** Conselheiro **Adriano Macedo Félix**. Conversar com a SGEF a possibilidade de apoio para custear a ida do conselheiro ao evento. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** registrou que não poderá participar do Seminário SGEF, em Goiânia/GO. Também perguntou se a SE/CNS recebeu denúncia sobre o Conselho Municipal de Araxá. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que o CNS recebera denúncias de conselhos municipais e a Mesa Diretora do CNS solicitou a seleção dos casos mais críticos para acompanhar (Cacoal/RO e Araxá/MG). Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** informou que foi realizado o Congresso Brasileiro de Alzheimer, de 11 a 14 de setembro de 2014, em São Paulo, e agradeceu o apoio do MS e do CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, primeiro, registrou que está na lista reserva para participar do ENCEP, com debate de tema importante sobre sujeito de pesquisa. Também informou que participara, junto com a conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, do Congresso “Todos contra o câncer”, e solicitou que as fotos da atividade sejam disponibilizadas no site do Conselho. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, informou que na próxima reunião do CNS, que ocorrerá antes do ENCEP, serão apresentados os resultados do GT. A respeito da recomendação sobre a relevância do conselheiro, propôs que fosse apreciada na próxima reunião, por conta do avanço da hora. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** disse que é urgente a aprovação dessa resolução porque muitos conselheiros estão enfrentando dificuldades na liberação para participar das reuniões. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o planejamento do Conselho prevê a proposta de encaminhar ao Congresso Nacional uma proposta de projeto de lei de criação do CNS, determinando o papel do conselheiro como relevância pública. Sendo assim, sugeriu formar um GT na próxima reunião para elaborar minuta para ser apresentada no início de 2105. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, solicitou que os demandantes de pauta encaminhem detalhamento dos pontos a serem tratados no debate, a ser considerado na definição da próxima pauta. Se necessário, serão definidos especialistas para participar do debate. **Deliberação: a recomendação sobre a relevância do conselheiro será apreciada na próxima reunião do CNS. O Plenário decidiu ainda que a ata da 261ª RO será apreciada na próxima reunião. ENCERRAMENTO** – Nada mais a tratar, Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, encerrou os

3964 trabalhos da 262ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo
3965 dia de reunião: **Titulares** - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares – CMP; **Ana**
3966 **Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,
3967 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional de Cegos do
3968 Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Clóvis Adalberto**
3969 **Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de Brito**, União
3970 Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Edmundo Dzuaiwi Ômore**, Coordenação
3971 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira –COIAB; **Geordeci Menezes de Souza**, Central
3972 Única dos Trabalhadores – CUT; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia –CFO;
3973 **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **João Rodrigues Filho**,
3974 Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
3975 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**, Federação
3976 Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza**,
3977 Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; **Maria do Espírito Santo Tavares dos**
3978 **Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde-Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro**
3979 **de Souza**, Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho**
3980 **Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação
3981 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL; **Nelcy Ferreira da Silva**,
3982 Conselho Federal de Nutricionistas –CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
3983 Indústria –CNI; **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares –
3984 ABRAZ; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social –
3985 CNTSS; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; **Wanderley Gomes da Silva**,
3986 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM. *Suplentes* - **Adriano Macedo Félix**,
3987 Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos – ANAPAR; **Alessandra Ribeiro de Souza**,
3988 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional
3989 do Comércio – CNC; **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde - MS; **Clarice Baldotto**,
3990 Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,
3991 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços; **Euridice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de
3992 Trabalhadores das Universidades Brasileiras – FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
3993 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Gilene José dos Santos**, SINDICATO Nacional dos Aposentados,
3994 Pensionistas e Idosos da Força Sindical; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho**
3995 **Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
3996 **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**,
3997 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Júlio Cesar Figueiredo**
3998 **Caetano**, Aliança Independente dos Grupos de Apoio – AIGA; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da
3999 Saúde – MS; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de
4000 Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia –
4001 CFF; **Luiz Alberto Catanoce**, sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força
4002 Sindical; **Marcelo Pires de Mendonça**, Secretaria Geral da Presidência da República; **Marco Akerman**,
4003 Associação Brasileira Rede Unida; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos
4004 Veterinários – FENAMEV; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos Auditores do SUS –
4005 UNASUS; **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Bôas**, Movimento Brasileiro de Hepatites Virais; **Oriana**
4006 **Bezerra de Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Simone Vieira da Cruz**,
4007 Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
4008 Pastoral da Criança; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional –
4009 COFFITO.