



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos dez e onze dias do mês de dezembro de dois mil e quatorze, no Centro de Convenções Israel Pinheiro, SHDB, QL 32, Conjunto A, Estrada Parque Dom Bosco – EPDB, Lago Sul, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: **1)** Analisar os cenários políticos que se apresentam para 2015 e o papel do controle social frente aos desafios; **2)** Construir e pactuar compromissos com o Plano de Ação para realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde – 15ª CNS; e **3)** Apreciar e deliberar pareceres acerca da abertura de cursos na área da saúde. A maior parte da reunião foi realizada no formato de oficina e dedicada ao processo de preparação da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Esse momento contou com a participação, além dos conselheiros nacionais de saúde, de conselheiros estaduais de saúde e das capitais e de representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. **ABERTURA** – Composição da mesa: conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS; conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**. A Presidente do CNS iniciou os trabalhos cumprimentando os conselheiros nacionais de saúde, os estaduais, os das capitais e os representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e reiterando a importância da participação de todos no processo de preparação para a 15ª Conferência. Conselheiro **Nelson Mussolini** interveio para solicitar que o CNS se manifestasse sobre a situação crítica da saúde no Distrito Federal e, para ilustrar a gravidade, destacou a notícia veiculada na imprensa de morte de uma criança de 7 anos por falta de atendimento na rede. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** sugeriu iniciar os debates previstos para a reunião e posicionar-se a respeito posteriormente. **Como encaminhamento, foi constituído um Grupo de Trabalho composto por conselheira Maria Laura Carvalho Bicca, conselheiro Nelson Mussolini, conselheira Ana Maria Costa e Arnaldo Marcolino para elaborar uma nota pública com posicionamento do CNS a respeito da situação da saúde no Distrito Federal. O documento seria apreciado posteriormente. ITEM 1 – OFICINA DE PLANEJAMENTO DA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, fez uma explanação sobre a 15ª Conferência Nacional de Saúde para subsidiar os debates. Iniciou lembrando que o tema da Conferência é “Saúde pública e de qualidade para cuidar bem das pessoas: um direito do povo brasileiro”. Listou os objetivos da 15ª: **1)** Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca do direito à saúde e em defesa do SUS, incluindo novos sujeitos e fortalecendo a participação dos que já atuam nas esferas públicas da saúde; **2)** Aprofundar o debate sobre as reformas necessárias à democratização do Estado e da sociedade brasileira, em especial as que incidem sobre o setor e a política de saúde; **3)** Avaliar a situação de saúde da população brasileira, considerando a percepção dos cidadãos e cidadãs e as especificidades regionais, no contexto dos 25 anos do SUS; **4)** Construir e deliberar, de forma participativa, as bases do Plano Plurianual (PPA) e dos Planos de Saúde (PNS, PES e PMS); **5)** Fortalecer o papel do Controle Social na Saúde enquanto mecanismo da democracia participativa. Disse que os resultados esperados são os seguintes: **1)** Inovações na Metodologia tornando as Conferências mais participativas, representativas, deliberativas e com impacto; **2)** Resgate do papel original das Plenárias de Saúde e da participação dos movimentos; **3)** Afirmação das Conferências como espaço de construção participativa do PPA, PNS, PES E PMS; **4)** Ampliação da representação social nas Conferências e Conselhos, dando-lhes um caráter mais democrático e popular, tendo como base o cumprimento da Resolução nº 453; **5)** Fortalecimento do papel e do poder deliberativo dos Conselhos. Conselhos de saúde mais próximos e reconhecidos pela população; **6)** Rede de comunicadores no âmbito nacional, estadual e local; **7)** 15ª Virtual - Plataforma interativa de apoio à Conferência, voltada ao debate, à disseminação de informação, apoio à formação permanente e repositório de textos e materiais; **8)** Em defesa de um novo padrão de desenvolvimento, de sistemas universais e de Seguridade Social: lutas e agendas do Controle Social, dos Movimentos Sociais e da Saúde Coletiva, constituindo forças sociais para

57 superação de desafios. Na linha de uma agenda propositiva, lembrou que foram pactuadas as  
58 seguintes definições: reformas democráticas do Estado e da sociedade brasileira; direito à saúde, com  
59 ampliação do acesso e atendimento de qualidade; Financiamento adequado do SUS; valorização do  
60 trabalho e educação em saúde, e da ciência, tecnologia e inovação no SUS; e fortalecimento da  
61 participação e controle social na saúde. Para tanto, destacou que, além do realizado, é preciso: **1)** Ato  
62 de Assinatura do Decreto de convocação da 15ª CNS na 4ª Conferência Nacional de Saúde do  
63 Trabalhador e da Trabalhadora - CNSTT; **2)** Oficina de metodologias e organização da 15ª CNS com  
64 conselheiros nacionais (definição de comissões, regimento – consulta pública, documento/texto base  
65 e metodologias para incidir na formulação do PPA e PNS); **3)** Oficina de metodologias e organização  
66 da 15ª CNS; **4)** Realização de cinco Plenárias Regionais (fevereiro e março de 2015); **5)** Semana de  
67 “Agite” a 15ª CNS (março de 2015); **6)** Reunião com representantes da ALAMES e movimentos  
68 sociais da América Latina e Caribe; **7)** 19ª Plenária Nacional de Conselhos e Movimentos Sociais  
69 (abril/2015); e **8)** 7 de abril - Dia Nacional de Mobilização em defesa do SUS. Em relação às etapas  
70 municipais e estaduais da 15ª CNS, destacou a construção de agenda de comunicação, com a  
71 realização das seguintes atividades e definição das seguintes ações: 1ª Oficina de Comunicação  
72 (realizada); 2ª Oficina de Comunicação (em planejamento); Constituir Rede de Comunicação para o  
73 Controle Social, o SUS e a 15ª CNS; Mapeamento de experiências exitosas e não exitosas em  
74 comunicação e saúde. (Outras conferências): PID como estratégia/Audiências Públicas (CES)/Rodas  
75 de conversa (CES)/Conselho na Praça - Redes Sociais; Mobilizar líderes comunitárias, centrais  
76 sindicais, escolas, entre outros, por meio de plenárias e conferências livres nos estados e municípios,  
77 incluindo as não representadas nos Conselhos de Saúde; Constituir uma rede nacional de troca de  
78 informações que fomentem redes locais. (OAB, CNBB, MST, CONTAG, TVT, Sem Teto, etc); Uso de  
79 redes sociais para disseminação da 15ª CNS a partir de uma identidade visual única, através de  
80 articulação com outros atores do SUS; Oficinas de comunicação com estudantes, radialistas e  
81 comunicadores de modo geral; Realizar diálogos on-line sobre o SUS, o Controle Social e a 15ª CNS;  
82 Organizar núcleo de produção de informação sobre o SUS e do Controle Social e a 15ª CNS; Uso da  
83 plataforma virtual interativa como estratégia de comunicação e disseminação da informação no  
84 processo até à 15ª CNS; e Ação estratégica pós-Conferência: monitoramento, acompanhamento e  
85 avaliação das deliberações. Finalizando, disse que posteriormente apresentaria a dinâmica para  
86 debate em grupos. Concluída a explanação, abriu a palavra para manifestações dos presentes a  
87 respeito da expectativa para a oficina. Nas falas, emergiram as seguintes questões: denúncia local – a  
88 delegação do Piauí corre o risco de não vir para a conferência de saúde do trabalhador por falta de  
89 financiamento; a oficina para debater a 15ª CNS, envolvendo o controle social das três esferas, é de  
90 extrema importância; compreensão sobre a gravidade da situação do Distrito Federal, mas com o  
91 entendimento de que não se trata de um problema exclusivamente da Capital - é preciso elaborar nota  
92 que contemple a situação do país como um todo – o processo de transição será difícil em todos os  
93 estados; a saúde é o segundo bem tutelado pelo Estado, mas ainda assim, são diversos os problemas  
94 enfrentados no setor, sendo que os usuários estão em situação pior, em que pese todos os avanços  
95 desde a Constituição Federal de 1988; o setor saúde enfrenta gravíssimos problemas e a população  
96 menos favorecida/discriminada é a que mais sofre – a oficina é um fórum propício para deliberar sobre  
97 melhores condições de vida para a população; é preciso cumprir as deliberações das conferências de  
98 saúde para o bem da sociedade – saúde - direito de todos e dever de Estado; preocupação do CES  
99 do Paraná – mudança de datas das etapas estaduais e municipais dificulta ou inviabiliza a realização  
100 – manter a data anterior; é preciso assegurar prazo maior possível para realização das etapas  
101 municipais; o processo de organização ascendente, com escuta das bases, é um avanço;  
102 discordância com a proposta de debater os instrumentos de gestão – Plano Nacional de Saúde - PNS,  
103 Relatório Anual de Gestão - RAG, Plano Plurianual - PPA – na 15ª Conferência; registro sobre a  
104 importância do dia internacional dos direitos humanos - 10 de dezembro – com entrega do relatório  
105 final da Comissão Nacional da Verdade no Palácio do Planalto a presidente Dilma Rousseff; o  
106 momento é de tensão por conta de declarações polêmicas do deputado Jair Bolsonaro a respeito da  
107 deputada Maria do Rosário; pautar o debate sobre a 15ª CNS na 9ª Bienal da União Nacional dos  
108 Estados com vistas a incentivar a participação dos estudantes na Conferência; é preciso maior  
109 atenção ao financiamento para a 15ª CNS porque o cenário para 2015 não é favorável – questão  
110 crítica da saúde; nos estados onde não houve continuidade da gestão, enfrenta-se diversas  
111 dificuldades, em várias áreas – portanto, a diminuição de prazos para realização das etapas da  
112 Conferência traz prejuízos; é essencial definir a metodologia de trabalho para alcançar o êxito  
113 esperado; o Estado de São Paulo solidariza-se com o que ocorre no Distrito Federal, todavia, não se  
114 trata de um problema exclusivo dessa Capital – o Hospital de São Paulo, por exemplo, está  
115 selecionando quem interna – maior lucro; sugestão: que a Conferência leve o nome do professor  
116 Gilson de Carvalho; propostas de temas a serem debatidos na 15ª: organizações sociais, contratos de  
117 gestão, pessoal da saúde para manter o atendimento à população nos municípios, reforma política,  
118 financiamento da saúde; o CNS entende a necessidade da ampla participação popular nos debates  
119 sobre a Conferência; o movimento social não pode ficar alheio ao que ocorreu – proposta: elaborar

120 documento defendendo a cassação do mandato do deputado Jair Bolsonaro e nota de apoio à  
121 deputada Maria do Rosário; o momento dos debates nos estados e municípios é importante para  
122 defender o SUS; é preciso definir o calendário de realização da Conferência para assegurar a  
123 definição de questões estruturais como local (especialmente nos Estados do Norte); a escuta dos  
124 movimentos/entidades é parte do processo da Conferência; as plenárias regional e nacional são  
125 espaços essenciais de debate, que antecedem as etapas deliberativas, e devem agregar o maior  
126 número de movimentos sociais, com inclusão de novos atores sociais; é preciso pensar o tema da  
127 democracia participativa – defender a democracia é defender as conferências; é preciso assegurar a  
128 efetividade das deliberações da conferência – os conselhos devem acompanhar a implementação  
129 dessas deliberações; é preciso avaliar o ambiente político do Brasil no processo de preparação da  
130 Conferência; faz-se necessária reforma política no controle social – apenas 3% da população conhece  
131 os conselhos de saúde; a maior conquista da Constituição Federal de 1988 foi a retomada da  
132 democracia e é preciso promover o encontro da democracia participativa com a democracia  
133 representativa; é preciso construir unidade para definir uma agenda comum - identificar a 15ª  
134 Conferência como processo, reafirmando bandeiras de lutas; a situação do Distrito Federal deve ser  
135 vista com atenção e cautela a fim de não reforçar as bandeiras da grande mídia; é necessário  
136 fortalecer a inclusão – ampliar a participação da diversidade na conferência; a situação do DF é grave,  
137 mas a grande mídia escolhe o que noticiar; é preciso construir uma conferência inovadora com debate  
138 de temas como política e democratização do Estado; a 15ª deve ser inovadora no sentido de  
139 apresentar dados que possibilitem inversão de modelo; os conselhos de saúde não têm acesso à  
140 ferramenta do PMAQ, portanto, é preciso disponibilizar aos conselheiros a senha de acesso a esse  
141 instrumento; a saúde no Estado da Bahia teve avanços nos últimos anos, mas ainda há dificuldade  
142 para assegurar recursos para o controle social; preocupação com o calendário de realização da 15ª  
143 Conferência; debater na 15ª CNS novas práticas e terapias de saúde a serem incorporadas no SUS –  
144 promoção da saúde com novas terapias. **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria do Socorro de**  
145 **Souza**, Presidente do CNS, salientou que é preciso resgatar construções políticas históricas para  
146 definir aonde se quer chegar. Nessa linha, avaliou que, para além de discutir a 15ª Conferência, é  
147 preciso “resignificar” o que se entende por democracia participativa e por espaços de participação  
148 social. Destacou que é preciso ir para a esfera pública discutir um projeto de país em que a saúde é  
149 parte, com debate de questões importantes como democratização da água, modelo de  
150 desenvolvimento do país, reforma política, violência contra a mulher, racismo, falta de medicamentos,  
151 filas de espera para atendimento, agrotóxicos, entre outros. Destacou que a luta do conjunto da classe  
152 trabalhadora precisa dialogar com outras pautas da sociedade, inclusive para envolver os vários  
153 setores no processo de debate. Chamou a atenção para a importância da conferência municipal e  
154 avaliou que é preciso destinar maior prazo para sua realização, no sentido de inverter a pirâmide.  
155 Ressaltou, inclusive, que é na luta comunitária que se garante a legitimidade e o fortalecimento do  
156 SUS. Frisou que o Ministério da Saúde possui papel importante na construção na etapa nacional e as  
157 Secretarias Estaduais na construção das etapas estaduais. Destacou a importância da dimensão de  
158 “avaliar” e frisou que é preciso legitimar o olhar da sociedade, do trabalhador e do cidadão e garantir  
159 avaliação participativa para politizar a agenda. Ressaltou que não há mecanismo de diálogo com a  
160 sociedade, nem uma política de comunicação, o que dificulta o processo. Explicou também que a  
161 oficina não é deliberativa, mas propositiva no sentido de levantar subsídios para decisão do CNS na  
162 reunião ordinária do mês de janeiro de 2015. Ressaltou que os conselhos estaduais e municipais  
163 possuem papel importante nesse processo no sentido de garantir resultado exitoso. Por fim, disse que  
164 o Conselho sinalizou possível data para a realização da Conferência no sentido de garantir a  
165 preparação por parte dos Estados e Municípios. Todavia, somente o decreto de convocação, que  
166 ainda não havia sido publicado, formalizaria os prazos. Destacou que foi sinalizado que o decreto  
167 seria assinado na 4ª Conferência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Definido esse ponto, a  
168 mesa suspendeu para o almoço. Retomando, o Secretário Executivo do CNS, **José João Lanceiro**  
169 **da Palma**, apresentou a dinâmica para os trabalhos de Grupo: formação de três GTs com seguintes  
170 temas: G1. Plenárias (Regionais e Nacional): temas, organização e formato, caráter político, local e  
171 data, mobilização para 7 de Abril, diretrizes para o PPA e PNS. G2. Mobilização e Comunicação. G3.  
172 Participação: critérios e papéis de delegados e convidados, inovação, grupos de trabalho, ampliação  
173 da base social de representação. Detalhou as questões para os Grupos: quem, quando, onde, como,  
174 por que? Pactuada a dinâmica, os participantes da reunião dividiram-se em três grupos e iniciaram os  
175 debates. No final do dia, os trabalhos foram retomados com os conselheiros nacionais de saúde para  
176 tratar dos itens de pauta relativos ao CNS. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - APROVAÇÃO DA ATA 262ª e**  
177 **263ª DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A aprovação das atas da 262ª e 263ª Reuniões Ordinárias  
178 do CNS foi adiada para a próxima reunião do Conselho. **ITEM 3 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
179 **RECURSOS HUMANOS – CIRH – APROVAÇÃO DE PARECERES – Composição da mesa:**  
180 conselheira **Ivone Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH/CNS; e conselheiro **Alexandre**  
181 **Medeiros de Figueiredo**, coordenador adjunto da CIRH. **INFORMES – conselheira Ivone**  
182 **Evangelista Cabral**, coordenadora da CIRH/CNS iniciou a explanação com os informes da CIRH. 1)

183 Participação da CIRH, representando o CNS, nas quatro reuniões do Comitê Nacional dos Contratos  
184 Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES (novembro e dezembro/2014). Informou que  
185 até aquele momento foram realizadas quatro reuniões: **a)** 1ª reunião – constituição da Comissão,  
186 definição do cronograma de trabalho. **b)** 2ª reunião – 4/11/2014 – apresentação das contribuições da  
187 CIRH à primeira versão do documento preliminar apresentado pelo comitê executivo. **c)** 3ª reunião –  
188 24/11/2014 – apresentação das contribuições da CIRH à segunda versão do documento (destaque:  
189 consenso sobre a utilização do termo “graduações em saúde” e ampliação de “residências médicas”  
190 para “residências em saúde”). **d)** 4ª reunião – 8/12/2014 – definição dos indicadores. Conselheiro  
191 **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador adjunto da CIRH, explicou que o documento com  
192 as diretrizes de integração ensino-serviço está em elaboração e será colocado em consulta pública  
193 para receber contribuições. Destacou que o Contrato refere-se aos cursos de Medicina, mas a posição  
194 é ampliar para todos os cursos da saúde. **2)** Consulta Pública à Proposta de Edital de Mantenedoras  
195 de Instituições de Educação Superior do Sistema Federal de Ensino para seleção de propostas para  
196 autorização de funcionamento de cursos de Medicina em municípios selecionados no âmbito do Edital  
197 nº 3, de 22 de outubro de 2013 - prazo de dez (10) dias, a contar de 2 de dezembro de 2014 -  
198 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que o edital para a seleção das IES habilitadas está  
199 em consulta pública (até 12 de dezembro de 2014) e a CIRH encaminhará sugestões para o  
200 aperfeiçoamento. Propôs que os conselheiros também apresentem contribuições ao documento (na  
201 página do MEC). **3)** Discussões da CIRH/CNS sobre Educação à Distância – EaD na área da saúde e  
202 audiência pública sobre EaD realizada no dia 7 de novembro de 2014, no CNE/MEC. Disse que a  
203 CIRH encaminhará sugestões sobre educação à distância e recomendação de que cursos dessa  
204 modalidade na área da saúde não têm o apoio do CNS – nas áreas que podem trazer danos à  
205 integridade física da população. Todavia, não há posição contrária à proposta de curso de pós-  
206 graduação nessa modalidade, uma vez que qualquer curso presencial pode ter 30% das aulas à  
207 distância. Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, coordenador adjunto da CIRH/CNS,  
208 explicou que se trata de uma proposta do MEC de regulamentação da educação à distância no ensino  
209 superior e a lógica do documento é que a educação na modalidade à distância não fuja das diretrizes  
210 dos cursos. Também informou que o MEC está discutindo a regulamentação da pós-graduação lato  
211 sensu. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** aproveitou para registrar a aproximação do CNS e do  
212 MEC e as negociações para avançar nos debates que envolvem as áreas da educação e da saúde.  
213 Salientou que muitas das contribuições do Conselho são acatadas pelo Ministério. **4)** Planejamento  
214 das Oficinas Temáticas Regionais da CIRH/CNS no contexto das Plenárias Regionais preparatórias  
215 para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Informou que a Comissão debateu, na última reunião,  
216 uma proposta de eixo para a 15ª CNS, resultado de encontros anteriores, estudos já realizados,  
217 escuta de coordenadores de comissões do Conselho. Detalhou que a proposta apresenta como eixo  
218 “Formação para o SUS e carreira na fixação de profissionais”. Salientou que a sugestão é dedicar um  
219 dia das plenárias regionais para debater a temática da formação a partir das seguintes diretrizes: a)  
220 financiamento Tripartite para viabilizar políticas de gestão do trabalho (ementa: fixação, concursos  
221 públicos, plano de carreiras, cargos e salários, espaços de negociação coletiva, valorização do  
222 trabalhador do SUS, melhorias da infraestrutura e condições de trabalho, saúde do trabalhador da  
223 saúde, entre outros); b) financiamento Intersetorial para viabilizar políticas de formação e educação  
224 permanente (ementa: serviço civil na saúde); c) profissionalização e democratização da gestão em  
225 todos os níveis; d) tecnologia de informação e comunicação para a gestão do trabalho e da educação  
226 na atenção às pessoas; e e) transversalização das políticas de gestão do trabalho, de educação e de  
227 saúde na atenção às pessoas, com ênfase naquelas em situação de iniquidade em saúde e  
228 vulnerabilidade social. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** solicitou que fossem  
229 disponibilizados os links das consultas públicas para facilitar a participação dos conselheiros.  
230 Conselheiro **Clóvis Bouffleur** solicitou que os informes fossem encaminhados por escrito aos  
231 conselheiros, para melhor análise. Também saudou a CIRH pela iniciativa de apresentar diretrizes  
232 para debate na 15ª Conferência e frisou a importância de divulgar o tema da Conferência aprovado  
233 pelo CNS. No mais, salientou que o tema da Conferência está relacionado à qualidade que depende  
234 de cinco fatores – profissionais e habilitados para atuar, estrutura financeira, participação, controle  
235 social e insumos. Conselheiro **José Eri de Medeiros** propôs uma recomendação aos conselhos  
236 municipais de saúde nos locais selecionados (39) para instalar curso de Medicina para que pautem,  
237 no mês de fevereiro de 2015, uma reunião entre gestão municipal e universidade onde o curso será  
238 instalado para tratar da formação com a participação do controle social. Conselheiro **Alexandre**  
239 **Medeiros de Figueiredo** concordou com a proposta de recomendação e informou que foi realizada  
240 reunião com os conselhos municipais onde serão instalados os cursos de Medicina quando da  
241 assinatura do termo, além de representantes das secretarias municipais. Conselheira **Nádia Elizabeth**  
242 **Barbosa Villas Boas** disse que é preciso envolver também o conselho estadual de saúde nesse  
243 debate. A assessora técnica da CIRH/CNS, **Mirian Benites**, informou que foi enviado aos  
244 conselheiros nacionais e aos conselhos estaduais e municipais um comunicado sobre a realização da  
245 consulta pública. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que a CIRH encaminhará o

246 documento com as diretrizes para o COAP aos conselheiros, o documento sobre educação à distância  
247 está na página do MEC e as contribuições estão sendo encaminhadas ao SERES/MEC. Também  
248 disse que os informes feitos serão encaminhados, por escrito, aos conselheiros. Conselheira **Maria**  
249 **Laura Carvalho Bicca** manifestou satisfação com a notícia de maior aproximação e diálogo entre  
250 CNS e MEC. Também falou sobre a formação do ensino à distância, destacando, além da fragilidade  
251 dos cursos, a má qualidade da formação, em muitos casos. Frisou que é preciso fazer valer o que  
252 está previsto na legislação de modo a assegurar a qualidade da formação profissional. **Ana Rosa**,  
253 CES/SP, explicou que o CES/SP debateu o tema por conta dos vários cursos de medicina no Estado,  
254 inclusive em locais sem hospital de referência para complementação de ensino. Como resultado, o  
255 Conselho elaborou documento por conta da preocupação com cursos em cidades no interior sem  
256 estrutura para recebê-los. Desse modo, perguntou se o CNS recebeu o documento e se foi levado em  
257 conta no debate. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que a Comissão não recebeu  
258 documento do CES/SP, mas que no debate sobre as diretrizes para o COAPs tem sido tratada a  
259 capacidade da rede de atenção instalada do SUS para atender a demanda dos estudantes. Disse  
260 ainda que o conceito de hospital de ensino está em transformação e a intenção é que sirva para  
261 atender as demandas do Sistema (rede escola do SUS para atender as demandas dos estudantes,  
262 incluindo hospitais, unidades de saúde), na perspectiva de regionalização da saúde. Também disse  
263 que a CIRH acolheu a denúncia do DENEM em relação a UNIFESO – Centro Universitário Serra do  
264 Órgãos, em Teresópolis que, no período de um ano, aumentou a mensalidade de R\$ 3.000 para R\$  
265 5.000 sob a justificativa de melhoria da infraestrutura do hospital de ensino credenciado para que os  
266 alunos realizem estágio. Ressaltou que a Comissão está levantando informações necessárias para  
267 subsidiar a definição de encaminhamento adequado para essa situação. Conselheiro **José Eri de**  
268 **Medeiros** disse que a rede assistencial nos estágios dos alunos não necessita estar necessariamente  
269 no município onde funciona o curso, ou seja, o estágio pode envolver vários municípios. Também  
270 destacou que os discentes serão formados em uma rede assistencial pública, o que traz grandes  
271 benefícios. Destacou ter interesse em saber quais municípios foram credenciados para receber os  
272 cursos de Medicina. Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo** explicou que o edital determina,  
273 no mínimo, 100 leitos SUS no município e pelo menos 250 leitos na região de saúde e segue a regra  
274 de cinco leitos para cada estudante. Destacou que a maioria dos cursos foi autorizada a ofertar 50  
275 vagas por ano. No mais, informou que foi feita avaliação de estrutura, com recomendações para  
276 melhoria que foram incorporadas ao termo de compromisso. Disse que é possível apresentar  
277 sugestões para o próximo edital de municípios a fim de garantir aspectos como equidade. Conselheiro  
278 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** informou que a Universidade Tiradentes - UNITE, em  
279 Aracaju, ao abrir o curso de Medicina, ofereceu bolsas para tutores e preceptores médicos no âmbito  
280 da rede e as outras profissões de saúde deixaram de receber seus estagiários. Além disso, a SMS  
281 não aceita receber alunos da Universidade Federal de Sergipe, porque não recebem bolsas. Em  
282 seguida, a coordenadora da CIRH apresentou a nota de repúdio aos atos de violência, homofobia e  
283 racismo nas Universidades Brasileiras. O texto é o seguinte: Em novembro de 2014, foram feitas  
284 denúncias sobre casos de estupros em festas para calouros de medicina na Universidade de São  
285 Paulo, retomando em âmbito nacional reflexões sobre formas de coibir essas ações em nossas  
286 instituições de ensino. A questão é antiga e não restrita a Universidade de São Paulo. Denúncias de  
287 abusos sexuais, violência física e psicológica, homofobia e racismo contra calouros em trotes e festas  
288 já foram realizadas em várias instituições no país. Os fatos denunciados tornam-se ainda mais  
289 relevantes por terem ocorrido entre graduandos de cursos de saúde, evidenciando possíveis falhas no  
290 processo de formação e demonstrando a necessidade de uma discussão mais aprofundada e  
291 abrangente sobre o tema. Diante da situação descrita, o Conselho Nacional de Saúde vem externar  
292 seu repúdio a estas práticas e solicitar que as medidas cabíveis sejam tomadas. Destacamos a  
293 necessidade de investigação de todas as denúncias realizadas e da avaliação sobre o processo de  
294 formação em saúde nestas instituições de ensino. Por fim, reforçamos a necessidade de ampliar as  
295 transformações na graduação para que possamos formar profissionais de saúde pautados pelo  
296 respeito à dignidade humana e à diversidade étnico-racial, de gênero, orientação sexual e  
297 socioeconômica.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a nota de Repúdio aos atos de**  
298 **violência, homofobia e racismo nas Universidades Brasileiras. APRECIÇÃO DE PARECERES**  
299 – Primeiro, foi apresentado o Relatório da Visita de Avaliação in loco da Faculdade União de Campo  
300 Mourão. Conselheiras **Michely Ribero da Silva** e **Patrícia Augusta Alves Novo**, membros da CIRH,  
301 fizeram um relato sobre a visita. Conselheira **Michely Ribero da Silva** destacou os resultados da  
302 pesquisa em três blocos. Bloco I – Necessidades Sociais em Saúde: utilização da rede de serviços  
303 instalada; relação entre a oferta de vagas e capacidade instalada para a prática 330/17 – 19;  
304 compromisso social com a promoção do desenvolvimento regional; compromisso com a produção de  
305 conhecimentos; e mecanismos favoráveis a interiorização e a fixação de profissionais.  
306 Sociodemografia e especificidade da região: Paraná - população de 10.444.526 habitantes; Região da  
307 COMCAM - 323.304 (2009), mas aproxima-se de 334 mil habitantes atualmente; População de  
308 Campo Mourão – 91.648 habitantes; acesso à capacidade instalada (econômica, educacional e de

saúde); a região noroeste do Paraná - 41,23% do total vivem em situação de pobreza (IPARDES, 2014); e amplitude de área rural. Bloco II – Coerência entre o projeto político-pedagógico e as necessidades sociais regional: Inovação pedagógica orientada pelas diretrizes curriculares; Núcleo de Atendimento ao Estudante – NAE; Coerência entre o projeto político-pedagógico e a organização de práticas de aprendizagem orientadas para as diversidades sociais e humanas (de gênero, raça, etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais) - fizeram adequações; Compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local; Compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural, por meio da oferta de atividades de extensão; Compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade; Compromisso de contrapartida das instituições privadas que utilizam instituições públicas como campo de ensino em serviço; Responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos aspectos relacionados ao acesso a serviços, como espaço físico e profissional compartilhando projetos. A rede é composta por: Ambulatório de Saúde Mental; 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD e II); 2 Equipes NASF; 3 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); 3 Hospitais Gerais; 7 UBS; Centro de Reabilitação Física; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), entre outros serviços. Bloco III. Relevância social do curso - projeto político-pedagógico: Contribuição para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes; Aplicação dos princípios gerais e dos critérios sem ser genérica, devendo implicar, sempre que possível ou necessário, o estudo caso-a-caso. Bloco III – Psicologia: Número de psicólogos no Estado do Paraná - 13.687/Campo Mourão - 97 profissionais (SindyPsi, 2014); Entre os agravos de saúde mental mais prevalentes na região está dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (como o crack e outras drogas); aumento da expectativa de vida, com o crescimento do número de idosos; o psicólogo tem inserção em outros campos de atuação, que não somente os serviços de saúde, como as escolas e indústrias. Listou as dificuldades identificadas: acessibilidade; cursos ofertados apenas no período noturno; IES desenvolve atividades, porém não há convênio específico com a rede SUS; 8 cursos ofertados em várias faculdades e universidades da região: CIES, CESUMAR, UNINGÁ (Umuarama), UNIFAMA, FAG, UNICAMPO, UNIOESTE (Cascavel) e UEM; e Estágio Profissionalizante I – 6º período. Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** destacou que a comissão foi bem recebida e o foco central referia-se à estruturação dos contratos entre a IES e a Secretaria de Saúde. Disse que a primeira turma do curso de Psicologia formou-se e os acadêmicos apontaram dificuldades enfrentadas durante o processo de formação. Salientou que há esforço da instituição para adequar-se às recomendações apresentadas anteriormente. Por fim, destacou que o diálogo foi importante porque a instituição é candidata a ter curso de Medicina na região. Feita a explanação dos resultados da visita, a coordenadora da CIRH passou à apresentação do parecer. **Referência:** Processo nº 201403321. **Interessado:** Faculdade União de Campo de Mourão. **Curso:** reconhecimento do curso de Psicologia. **Parecer:** satisfatório, com recomendações ao reconhecimento do curso de Psicologia da Faculdade União de Campo Mourão, localizada no município de Campo Mourão/PR, com base em análise da Resolução CNS nº. 350/2005. **Deliberação: aprovado o parecer.** Seguindo, passou a apresentar os demais pareceres elaborados pela Comissão. **Referência:** Processo nº 201201507. **Interessado:** Faculdade de Odontologia de Manaus – FOM/ Manaus (AM). **Curso:** Renovação de Reconhecimento do curso de Odontologia. **Parecer:** insatisfatório. Inadequação da matriz curricular às diretrizes curriculares nacionais do curso de odontologia. Justificativas: a) Articulação da IES com a Rede de Saúde do SUS. Os avaliadores registram em relatório que a IES tem convênio celebrado com a Ação Social Voluntária da Amazônia, mas não apresenta documentos comprobatórios anexados ao Processo no Sistema e-MEC, que possam 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 apresenta na estrutura curricular as disciplinas Odontologia Preventiva e Social I, II, III e IV, do 1º ao 4º semestre, e Odontologia em Saúde Coletiva I e II, 5º e 6º semestres, cujas ementas definem como conteúdos: odontologia em saúde coletiva; participação do cirurgião-dentista como gestor de saúde; estudo e conhecimento teórico prático ambulatorial da filosofia de promoção e manutenção da saúde, com ênfase nos aspectos epidemiológicos, sociais, culturais das doenças bucais; exercício do diagnóstico precoce e o controle das doenças bucais, tanto individual como coletivamente; nível de saúde oral da população; prevenção: conceito, níveis, doenças que constituem problemas em Odontologia e sua epidemiologia; procedimentos básicos de Odontologia preventiva e saúde pública; política de saúde e normas sanitárias; planejamento e organização de serviços de saúde comunitária; trabalho em equipe de saúde; prática odontológica na comunidade; estudo das práticas em saúde e em Saúde Pública; aspectos sociais e as doenças; promoção de saúde com ênfase na Saúde Bucal; motivação e educação para a saúde; políticas de saúde; movimentos sociais em saúde; Reforma sanitária brasileira; Sistema Único de Saúde; Programa de Saúde da Família; Programa de Saúde Bucal; Controle social; Humanização em saúde, entre outros. No entanto, não há registro do compromisso

372 dos gestores com o desenvolvimento do curso, não possibilitando a identificação do comprometimento  
373 da gestão local com o curso de Odontologia da FOM, de acordo com o recomendado pela Resolução  
374 CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; c) A inserção do estudante na  
375 comunidade desde o primeiro ano do curso. A IES informa no PPC que o aluno participa de  
376 programas de extensão na comunidade e que a inserção nos cenários de prática intra e extramuros  
377 acontecem desde a primeira metade do curso, porém não explicita se ocorre a partir do primeiro ano,  
378 conforme preconiza a Resolução Nº 350/2005; d) A coerência entre o PPC e sua implementação para  
379 atender as necessidades locais. O PPC da FOM descreve que a elaboração do projeto do  
380 curso baseou-se em dados da realidade sociocultural, no que se refere à saúde da região de Manaus  
381 em toda sua abrangência; que realizou a junção de dados que caracterizam concretamente a  
382 demanda de odontólogos para a referida região, como: as peculiaridades da dimensão demográfica;  
383 as consequências epidemiológicas, resultantes das implicações da situação socioeconômica sobre a  
384 saúde da população, e a escassez de odontólogos com o perfil do profissional pretendido, buscando  
385 desenvolver um curso que visa unir o ensino, a pesquisa e a extensão em favor da comunidade. Os  
386 avaliadores do INEP, a partir da visita in loco realizada no período de 3/8 a 6/8/2014, relatam que: “o  
387 PPC contempla de maneira suficiente as demandas efetivas de natureza econômica e social; no PDI  
388 constam as políticas para o ensino, atividades articuladas - estágios, atividades complementares,  
389 extensão e iniciação científica -, organização institucional, gestão de pessoal e de infraestrutura, cujas  
390 políticas estão sendo implantadas de maneira suficiente; os objetivos do curso se apresentam de  
391 maneira suficiente para formar o cirurgião- dentista para atuar como agente promotor da saúde, com  
392 ênfase na prevenção e na manutenção da saúde bucal, e promover a qualidade da assistência  
393 odontológica à comunidade; a estrutura curricular implantada contempla, de maneira suficiente, os  
394 aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, compatibilidade da carga horária total, articulação da  
395 teoria (2.300 horas aulas teóricas, 2.770 de práticas, 160 horas de atividades complementares)”.  
396 Entretanto, os avaliadores do INEP registram que o estágio curricular supervisionado implantado está  
397 institucionalizado de maneira insuficiente, pois a carga horária do estágio é 920 horas e representa  
398 18% da carga horária do curso (5.230 horas) e não 20% como determinam as DCN. Observa-se  
399 ainda, que a IES cita no PPC possíveis campos de prática, porém não menciona a capacidade  
400 instalada dos serviços de saúde locais, e não descreve a capacidade de atendimento e  
401 disposição dos alunos, física e numericamente, não assegurando uma absorção adequada dos  
402 estudantes nos cenários de prática da rede SUS referida (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único  
403 do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90); e) O corpo docente informado é de 18 professores, sendo 1 doutor, 2  
404 mestres e 15 especialistas. O percentual do corpo docente efetivo com regime de trabalho de tempo  
405 parcial ou integral é de 27%. Na visita in loco, os avaliadores do INEP constataram que: o corpo  
406 docente é composto por 9 cirurgiões dentistas; a experiência profissional com mais de 2 anos é de  
407 50%, e destes 72% apresentaram experiência no magistério superior de pelo menos 3 anos; a  
408 produção científica corresponde a 12,5% (6 docentes) nos últimos 3 anos; embora o número de vagas  
409 implantadas corresponde de maneira suficiente à dimensão do corpo docente e às condições de  
410 infraestrutura da IES, a carga horária do corpo docente em tempo integral ou parcial é inferior a 30%,  
411 o que pode comprometer a supervisão de alunos em campo de prática e o desenvolvimento das  
412 atividades teóricas; f) Quanto à infraestrutura do curso, os avaliadores do INEP observaram na visita  
413 in loco (ocorrida de 3 a 6/08/2014), que: 1) as salas de aula implantadas para o curso são muito boas  
414 considerando os aspectos: quantidades e número de alunos por turma, disponibilidade de  
415 equipamentos, dimensões em função das vagas previstas/autorizadas, limpeza, iluminação, acústica,  
416 ventilação, acessibilidade, conservação e comodidade; 2) há presença de assinatura/acesso de  
417 periódicos especializados, indexados e correntes, sob a forma impressa ou virtual, maior ou igual a 5  
418 e menor que 10 títulos distribuídos entre as principais áreas do curso, a maioria deles com acervo  
419 atualizado em relação aos últimos 3 anos; 3) os laboratórios especializados implantados com  
420 respectivas normas de funcionamento, utilização e segurança atendem, de maneira suficiente aos  
421 aspectos: adequação, acessibilidade, atualização de equipamentos e disponibilidade de insumos; 4)  
422 os serviços dos laboratórios especializados implantados atendem, de maneira suficiente aos aspectos:  
423 apoio técnico, manutenção de equipamentos e atendimento à comunidade. O Relatório do INEP  
424 (2014) avaliou a Dimensão – Infraestrutura com conceito 2,9 (em uma escala de 1 a 5); g) A IES  
425 apresenta um Índice Geral de Curso contínuo, faixa 1 (2012) e por ocasião da visita in loco do INEP,  
426 ocorrida no período de 3/8 a 6/8/2014, os Avaliadores atribuíram ao curso de Odontologia da FOM  
427 Conceito final de Curso 3, com perfil satisfatório de qualidade; h) A IES possui três despachos  
428 saneadores do MEC (Despacho Nº 241, de 28.11.2011, Despacho Nº 238, de 21.11.2011, Despacho  
429 Nº 228, de 29.11.2011), em andamento; e i) O Comitê de Ética em Pesquisa. A IES não descreve no  
430 PPC, nem no PDI a constituição de CEP e os avaliadores do INEP, por sua vez, não fazem menção  
431 sobre o funcionamento desse Comitê na FOM. **Deliberação: aprovado o parecer insatisfatório à**  
432 **renovação de reconhecimento do curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de**  
433 **Manaus – FOM/ Manaus (AM).** Em seguida, apresentou, para votação em bloco, os quatro processos  
434 com parecer favorável com recomendação. 1) **Referência:** Processo nº 201307246. **Interessado:**

435 Universidade Federal de Goiás – UFG/Campus avançado de Catalão/GO. **Curso:** Reconhecimento do  
436 curso de Psicologia – Bacharelado. **Parecer:** satisfatório, com as seguintes recomendações: a)  
437 Apresentar Termo de Convênio e Cooperação com unidades de saúde da Rede SUS de atenção  
438 psicossocial, incluindo a descrição física e numericamente da capacidade de atendimento nos campos  
439 de prática a disposição, relação professor/aluno e preceptor/aluno, para assegurar a absorção dos  
440 estudantes nos cenários de prática da rede SUS; b) Prover instalação e melhorias dos laboratórios  
441 essenciais para a formação do psicólogo, bem como da clínica de Psicologia, articulando a oferta de  
442 serviços com as necessidades sociais em saúde da população com a formação generalista do  
443 psicólogo; c) Inserir o aluno em atividades na comunidade desde o primeiro ano do curso, seja por  
444 meio de atividades extensionistas que atendam as demandas locais seja no desenvolvimento  
445 do Estágio básico I desde o início do curso; d) Explicitar se essa inserção ocorrerá em cenários de  
446 prática da rede de saúde do SUS; e) Dinamizar a implantação de CEP institucional no *Campi* da UFG  
447 de Catalão; f) Adequar, distribuir e atualizar os conteúdos curriculares /disciplinas de modo a atender  
448 o núcleo básico da formação generalista do psicólogo, competências e habilidades básicas, nos  
449 termos previstos pelas DCN; g) Reestruturação dos estágios básicos com maior aproveitamento para  
450 o exercício preliminar das habilidades básicas, a serem utilizadas em todas as áreas, contextos e  
451 abordagens; e h) Resolver a problemática da discrepância da carga horária destinada ao  
452 desenvolvimento da ênfase clínica do curso que privilegia a Psicanálise, em relação às outras áreas e  
453 abordagens. **2) Referência:** Processo nº 201206316. **Interessado:** Centro Universitário CESMAC –  
454 CESMAC/Maceió/AL. **Curso:** Renovação de reconhecimento do curso de Bacharelado em Psicologia.  
455 **Parecer:** favorável, com as seguintes recomendações: explicitar os estágios clínicos que dialogam  
456 com a rede de saúde do SUS; apresentar os termos de convênios listados no PPC e a descrição dos  
457 cenários de prática do SUS que atendam a formação generalista do psicólogo; e explicitar a  
458 capacidade de atendimento da Rede de saúde do SUS a disposição dos alunos, física e  
459 numericamente, bem como a relação professor-aluno, preceptoria-aluno nos campos de prática. **3)**  
460 **Referência:** Processo nº 201117620. **Interessado:** Escola Paulista de Medicina da Universidade  
461 Federal de São Paulo – EPM – UNIFESP. **Curso:** Renovação de reconhecimento do curso de  
462 Medicina. **Parecer:** favorável com as seguintes recomendações: a) Esclarecimento mais detalhado no  
463 PPC e Matriz Curricular sobre a inserção dos alunos na atenção básica nos primeiros anos e durante  
464 toda a extensão do curso; b) O curso ainda está baseado nas Diretrizes de 2001, o que, entretanto,  
465 não inviabiliza a proposta do curso. Por outro lado, para que haja um melhor desempenho do curso,  
466 recomenda-se alinhar às novas Diretrizes do Curso de Medicina (2014) para um aprimoramento  
467 curricular; c) Estabelecer metodologias ativas de ensino centradas no estudante com a inclusão de  
468 aulas em pequenos grupos desvinculando-se das metodologias tradicionais; e d) Apresentar  
469 comprovantes de convênios. **4) Referência:** Processo nº 201209056. **Interessado:** Faculdade  
470 Dinâmica do Vale do Piranga. **Curso:** Autorização de curso de Medicina. **Parecer:** satisfatório,  
471 recomendando que a IES adeque o PPC às novas diretrizes curriculares nacionais do Curso de  
472 Medicina, aprovadas no ano de 2014. **Deliberação: aprovados em bloco, com duas abstenções,**  
473 **os quatro pareceres favoráveis com recomendações.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o  
474 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Abrahão Nunes**  
475 **da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento  
476 Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil  
477 – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira**  
478 **Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Clóvis**  
479 **Adalberto Boufleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Denise Rodrigues Eloi de**  
480 **Brito**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Denise Torreão Corrêa**  
481 **da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das  
482 Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal  
483 de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Unica dos Trabalhadores; **Ivone Evangelista**  
484 **Cabral**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação  
485 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral  
486 dos Trabalhadores do Brasil – CGTAMBÉM; **Karlo Jozefo Quadros de Almeida**, Federação  
487 Brasileira das Associações de Síndrome de Down; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira  
488 dos Ostimizados (ABRASO); **Marco Antonio Gomes Pérez**, Ministério da Previdência Social; **Maria**  
489 **do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e  
490 Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
491 Agricultura – CONTAG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais  
492 (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com  
493 Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);  
494 **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**,  
495 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de  
496 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Pedro de Carvalho Pontual**, Secretaria Geral da  
497 Presidência da República; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores



498 em Seguridade Social – CNTSS; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
499 Farmacêuticos – Fenafar; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL;  
500 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM.  
501 *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;  
502 **Alexandre Correia dos Santos**, Federação Interestadual dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Alexandre**  
503 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);  
504 **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **André Luiz de Oliveira**, Conferência  
505 Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil  
506 (AFB); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos –  
507 ANPG; **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice Ferreira de Almeida**,  
508 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino  
509 Superior Públicas do Brasil - FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos  
510 Psicólogos - FENAPSI; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em  
511 Fisioterapia – ABENFISIO; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e  
512 Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas  
513 e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho**  
514 **Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**, Força  
515 Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
516 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias  
517 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane**  
518 **Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da  
519 Mama – FEMAMA; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luciana**  
520 **Silveira Bernardes**, União Brasileira das Mulheres-UBM; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional  
521 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Anibal Vieira**  
522 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,  
523 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional  
524 Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento Brasileiro  
525 de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina  
526 Veterinária (CFMV); **Oswaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de  
527 Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do  
528 Tabagismo; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Shirley Marshal Diaz**  
529 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi  
530 composta para apresentação dos resultados dos trabalhos dos grupos. **GRUPO 1 – PLENÁRIAS**  
531 **REGIONAIS**. Coordenação: Maria do Socorro de Souza. Relatoria: Esdras Daniel Pereira. **1.**  
532 **Objetivos das Plenárias Regionais:** 1.1. Plenárias regionais de caráter mobilizador e avaliador da  
533 situação de saúde. Não é um espaço deliberativo, não se sobrepõe às atividades e estratégias  
534 estaduais e municipais. 1.2. O grande objetivo das plenárias é a mobilização para as conferências na  
535 perspectiva de que etapas municipais, estaduais e nacionais resgatem o caráter de participação  
536 popular e plural. 1.3 As plenárias regionais visam à mobilização para atrair movimentos para além dos  
537 conselhos, movimentos populares para os quais o tema saúde é determinante como movimentos de  
538 luta pela moradia. 1.4. Estimular a participação de novos movimentos nas etapas municipais e  
539 estaduais, ampliando assim a base social. 1.5. Objetiva a discussão política com o olhar regional.  
540 Pode-se pautar sugestões concretas nessas plenárias para afetar o PPA e o PNS. 1.6. As plenárias  
541 regionais são uma ferramenta de luta e de mobilização para os conselhos municipais. 1.7. O enfoque  
542 do conselho estadual neste momento é a mobilização para a 15ª CNS. 1.8. A renovação na  
543 participação é também um objetivo. 1.9 Essas plenárias não agregam apenas movimentos sociais,  
544 devem ser voltadas à população. 1.10. O Objetivo deve ser a mobilização da população, uma plenária  
545 do povo, convidando a população para discutir saúde. 1.11. A intenção é dialogar com usuários,  
546 trabalhadores e gestores, mas, além disso, é preciso dialogar com a população que usa o SUS e  
547 desconhece as possibilidades de participação social. Independente da condição de delegado ou não,  
548 o objetivo é envolver a população na defesa do SUS. 1.12. O objetivo desta mobilização é também  
549 fortalecer os conselhos de saúde, garantir seu funcionamento e financiamento dos espaços de  
550 participação social. 1.13. Identificadas duas dimensões para estas plenárias: mobilização da  
551 população e o caráter avaliativo da situação de saúde. Como fazer a avaliação da situação de saúde  
552 da população? O ponto de partida serão dados oficiais ou a fala da população demarcada pelos  
553 Determinantes Sociais em Saúde?; O caráter avaliativo não pode se restringir ao quadro  
554 epidemiológico; e é preciso considerar o caráter formativo destes espaços, de politizar nas entidades  
555 e na sociedade. **2. Pontos críticos:** 2.1. Cronograma de plenárias regionais – calendário nacional  
556 (carnaval) – tempo escasso para a realização de plenárias regionais em março de 2015. 2.2.  
557 Adequação do Cronograma de realização das etapas municipais da 15ª CNS. 2.3. Definição de  
558 critérios de delegado para a Plenária Nacional que será realizada em abril de 2015. 2.4. A conjuntura  
559 de mudança de governos estaduais afetará a organização das plenárias regionais no que concerne ao  
560 financiamento e ao apoio da gestão a este processo. 2.5. Definição de temas que mobilizem para as

561 Plenárias Regionais. 2.6. Os municípios não têm estas atividades regionais programadas em suas  
562 Programações de Saúde. 2.7. Questão do financiamento destes espaços de participação – Plenárias  
563 regionais aumentam o número de atividades e o gasto com estes processos. Quem financiará estes  
564 espaços? 2.8. A formalização dos espaços por si não mobiliza. A entrada para o cidadão comum está  
565 fechada e é preciso problematizar que as regras de participação são muitas vezes impedimento à  
566 participação direta. 2.9. A legitimidade política e a representatividade também estão em questão, pois  
567 as bases querem participar e criticam o modelo de representação. 2.10. É preciso definir agenda e  
568 financiamento. Há muitas dificuldades para viabilizar orçamentos nos municípios para as ações de  
569 mobilização e espaços de participação. 2.11. A estrutura de poder está cada vez mais representativa  
570 e menos participativa. Os fóruns colegiados e representativos no país estão em crise - a população  
571 representada crítica e questiona a legitimidade de seus representantes. Precisamos enfrentar o dilema  
572 de representatividade versus participação. 2.12. Como este processo de plenárias até abril  
573 influenciará os instrumentos como PPA? **3. Como fazer?** 3.1. É preciso sair da nossa zona de  
574 conforto do espaço dos conselhos. É necessário retornar às entidades representadas e realizar este  
575 debate e mobilizar a partir de cada representação de conselhos. 3.2. O grande debate deve ser: Como  
576 trazer a sociedade em seus movimentos populares? Como reencantar para a defesa do SUS? Quem  
577 organiza? Desenho regional que considere os conselhos e movimentos populares que atuam em  
578 defesa do SUS. A plenária tem o objetivo de avaliar. 3.3. Foi feito um grande exercício com a  
579 4ªCNSTT. É preciso aprimorar o processo de conferência e resgatar o protagonismo neste processo.  
580 3.4. Será necessário fazer busca ativa de movimentos sociais que não dialogam nos espaços da  
581 saúde, além dos já participantes. 3.5. Ampliar a participação de pessoas com patologias e deficiências  
582 nos espaços de participação social. 3.6. Pensar o cenário e o calendário de atividades que já estão  
583 previstas para agregar ao debate e mobilização da 15ª CNS. 3.7. É preciso resgatar a participação  
584 social para a defesa e construção do SUS. O desafio é pensar o diagnóstico de municípios e  
585 localidades, destacando a atenção básica e o modelo de atenção à saúde que é parte da luta. 3.8. É  
586 preciso rever as práticas de organização dos processos políticos desenvolvidos. **4. Como fazer - Qual  
587 a ação afirmativa será adotada para incluir novos sujeitos mobilizados no processo de  
588 Plenárias Regionais?** 4.1. É preciso ir até os movimentos e ocupar as suas agendas para o debate e  
589 mobilização para a 15ª CNS. 4.2. Articular os segmentos e redes já mobilizadas acerca das  
590 iniquidades em saúde para a participação nas plenárias regionais. 4.3. Articular os Conselhos de  
591 Direitos e espaços instituídos de participação social para mobilização e participação na 15ª CNS. 4.4.  
592 As Plenárias regionais precisam ter caráter aberto, incluindo a população em seu processo de  
593 mobilização. 4.5. Mobilizar as instituições de ensino e serviços públicos locais para a participação na  
594 15ª CNS. 4.6. Utilizar espaços públicos de cada estado para viabilizar estes espaços com redução de  
595 custos de locação de lugar e equipamentos. 4.7. Potencializar os espaços culturais e de mobilização  
596 da própria população (ex.: carnaval) para estabelecer o debate ampliado acerca da 15ª CNS. 4.8.  
597 Envolver a população, acabar com cadeiras cativas e permitir a participação da população em sua  
598 diversidade e em sua organização. 4.9. O Texto da Conferência (documento de mobilização) precisa  
599 sinalizar para a definição de diretrizes com o objetivo de influir nos instrumentos de planejamento de  
600 governo. **5. Plenárias populares de Saúde (proposta de nome)** - Tamanho da Plenária: no mínimo,  
601 200/300 pessoas. Quando? Até Abril. 7 de abril - Ação articulada entre a Plenária Nacional com as  
602 agendas dos estados nesta data. **5. Como?** 5.1 Apresentando os grandes eixos, a agenda propositiva  
603 do CNS; 5.2. Garantir novos temas que emergem; 5.3. Aprofundar os temas da 15ª CNS com o olhar  
604 regional. Locais com condição de apoiar/ sediar: Norte – a definir; Nordeste – a definir; Sul – a definir;  
605 Sudeste – a definir; e Centro-Oeste - a definir. **GRUPO 2 – COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO.**  
606 Coordenação – Nelcy Ferreira e João Palma. Relatoria - Rebecca, Camila, e Luiz Henrique Parahyba.  
607 Informe da 1ª oficina de comunicação que aconteceu no Rio de Janeiro, Fiocruz, Canal Saúde: 1)  
608 Desafio de como fazer; 2) Trazer para 15ª consenso crítico em relação às grandes mídias; 3) Pessoas  
609 de várias frentes da comunicação participaram; 4) Leandro Fortes (Carta Capital) – para politizar a  
610 conversa; 5) Marca politização e crítica; 6) Mesas de discussões para criação de rede nacional de  
611 potencialização de novos meios de comunicação para a 15ª; 7) Ampliar a equipe de comunicação do  
612 CNS (mas não precisa ser grande caso se articule com outros atores) e melhorar a produção de rotina  
613 – boletins, site e mala direta eletrônica; 8) Convênio com UFMG (Leonardo L.) participatório e participa  
614 DR – servidor 24/7 no ar que realiza conferências virtuais com salas, chats que recolhem informações;  
615 9) Até março será instalado e publicamente disponibilizado; 10) Organizar depois desta oficina e  
616 ideias, relatos de experiências; 11) Comunicação é um dos pontos que mais pode incorporar o debate  
617 crítico da 15ª; 12) Abrir a possibilidade de voz a outros atores; 13) Reconstruir o que os meios de  
618 comunicação desconstruíram do SUS; 14) A oficina apontou a necessidade de construir uma rede de  
619 comunicação; 15) Mapeamento de experiências; 16) Necessidade de formar rede de comunicadores;  
620 17) Comunicação como instrumento de mobilização política; 18) Rede online e física; 19) Repositório  
621 de produções; 20) Implementação de diálogos não presenciais; 21) Trocar experiências em redes  
622 existentes; 22) Redes de conversas; 23) Conselhos públicos abertos; 24) Implementação nas redes  
623 sociais mais eficientes; 25) Os Estados receberão o relatório final da oficina dia 12; 26) Resultados

624 esperados para a 15ª (documento); 27) Melhorar linguagem do Canal Saúde e lutar para que seja um  
625 canal aberto; 28) Utilizar fortemente os canais públicos; 29) Dialogar com as entidades, em todas as  
626 esferas; 30) A acessibilidade deve ser ponto essencial da 15ª CNS, juntando todas as mídias; 31)  
627 Elaborar agendas sazonais com várias entidades e potencializar os debates da 15ª CNS; 32)  
628 Fortalecer também os depositórios de comunicação já existentes, Pense SUS, Participa BR e outros;  
629 33) Fortalecer as rádios comunitárias e de serviços; 34) Incorporar os agentes comunitários de saúde  
630 nas redes de comunicadores; 35) Potencializar as mídias existentes e fazer visitas oficiais às  
631 entidades com material produzido sobre a 15ª e formar redes; 36) Realizar formação nas escolas  
632 públicas de ensino médio sobre o funcionamento do SUS; 37) Rever a questão do delegado nato para  
633 as conferências; 38) Envolver clubes de serviços – Lion, Rotary, Maçonaria e outros - para a  
634 mobilização. **GRUPO 3 – PARTICIPAÇÃO – Coordenação:** Haroldo Pontes e Carlos Silvan. *Relatoria:*  
635 Ana Rosa. 1) Proposta de calendário - conferências municipais: setembro de 2015, Estaduais: outubro  
636 de 2015 e nacional: novembro de 2015; 2) Criar propostas por meios de participação virtual: nas  
637 unidades de saúde, conselhos, praças, shopping; 3) Conselhos devem aprovar resolução para que  
638 não haja a exigência de obrigatoriedade de CNPJ dos movimentos sociais; 4) Garantir a  
639 representação das mulheres em suas especificidades e necessidades; 5) Que os critérios para a  
640 participação dos conselhos respeitem o percentual da paridade; 6) Criar GT para divulgação nas  
641 redes sociais e para orientação de participação; 7) Visitar outras instâncias e assegurar participação  
642 nas escolas; 8) Criar estrutura de apoio para que os conselheiros levem o debate para a base  
643 (deslocamento, representatividade das entidades, trabalhar com sistema de cotas ex: mulheres  
644 indígenas quilombolas etc); 9) A escolha dos delegados não deve ser feita apenas por meio de  
645 votação: utilizar também convite oficial do CNS para secretaria executiva; 10) Buscar participação  
646 mais efetiva dos usuários ribeirinhos; 11) Garantir a participação por cotas; 12) Foco nas conferências  
647 temáticas; 13) Estabelecer padrão para as conferências; 14) Garantir a continuidade de participação  
648 em todas as etapas da conferência; 15) Participação da comunidade prisional - pessoas privadas de  
649 liberdade; 16) Ampliar a participação no que tange à intersectorialidade; 17) Mobilizar as bases, trazer  
650 a responsabilidade juntamente com os conselheiros estaduais e municipais, envolver novos atores  
651 dos rincões do Brasil; 18) Acabar com a paridade, ampliar e buscar participação livre, criar fóruns  
652 populares nas cidades; 19) Valorizar as etapas municipais; 20) Melhorar o critério de cálculos nas  
653 conferências temáticas para o número de participantes: domésticas, quebradeiras de coco, pessoas  
654 em situação de rua, estudantes; 21) Mais recursos para maior participação do cidadão; 22) Paridade  
655 de gêneros, garantindo a participação feminina (50%); 23) Credenciamento livre; 24) Redução de  
656 delegados natos; 25) Estabelecer sanções para punir a gestão que não garante a participação dos  
657 municípios e dos estados; 27) Estabelecer critérios para a participação das entidades indígenas; 28)  
658 Definir os delegados natos, para definir a participação de outros segmentos; 29) Realizar conferências  
659 municipais qualificadas para motivar a participação na etapa nacional; 30) Garantir financiamento para  
660 os conselhos (municípios) realizarem as etapas; 31) Estabelecer árvore de prioridades; 32) Envolver  
661 outros conselhos no processo de debate; 33) Fortalecer a fiscalização dos recursos; 34) Incluir as  
662 unidades de saúde no debate da construção da conferência (incluir no calendário datas específicas);  
663 35) O candidato será considerado nato somente se participar de todas as etapas anteriores; 36)  
664 Garantir financiamento mínimo do MS via verba “carimbada” para a participação dos municípios com o  
665 objetivo de realização das conferências municipais; 37) Financiamento para os municípios por meio de  
666 uma recomendação do MS; 38) Conferências municipais precedidas de pré-conferências  
667 democráticas livres e abertas para a escolha de delegados pelo segmentos; 39) 1º dia e abertura  
668 proporem um evento aberto no estádio Mané Garrincha; 40) Participação aberta de pessoas e  
669 entidades nas etapas municipais; 41) Definição de delegados nacionais com 50% com divisão  
670 equitativa entre os estados; e 42) Que os Conselhos municipais, estaduais e nacionais incluam nos  
671 seus receptivos orçamentos a previsão orçamentária para as conferências. Após a apresentação do  
672 resultado do trabalho dos três grupos, foi aberta a palavra para manifestações dos participantes. No  
673 que se refere ao grupo 1, foram colocadas as seguintes questões: **1)** É preciso ampliar a participação  
674 dos diversos segmentos da sociedade na plenária, por isso, não se deve adotar nesse espaço o  
675 critério da paridade (esse critério de ser seguido na composição dos conselhos e na conferência); **2)** A  
676 Plenária não deve ser o espaço para interferir/contribuir na construção dos instrumentos de gestão –  
677 essa é uma tarefa da conferência; **3)** Não se deve usar a plenária para orientar o PPA e o Plano de  
678 Saúde – deve-se considerar as deliberações das conferências passadas; **4)** É preciso deixar clara a  
679 diferença entre plenária formal e plenária de movimentos, ampliando o debate a respeito; **5)** Convidar  
680 os conselhos de políticas públicas para participar das plenárias – da pessoa idosa, com deficiência,  
681 além de representantes de segmentos que não compõem os conselhos como pessoas privadas de  
682 liberdade, lavadeiras, prostitutas e também grupos de raça, etnia sem conselho oficial; **6)** promover  
683 articulação para que usuários e gestores participem da Plenária; **7)** Incluir no processo as pessoas  
684 com deficiência (representantes legais, familiares) e todos os grupos em situação de iniquidade,  
685 mesmo aqueles que não possuem conselhos instituídos; **8)** Na reunião ordinária do CNS do mês de  
686 janeiro será definido o calendário, contudo, é preciso ter direcionamento para que estados e

687 municípios iniciem o planejamento – sugestão: plenárias regionais em março de 2015 e plenária  
688 nacional em abril de 2015; **9)** O objetivo da Plenária é atingir o máximo de pessoas, sobretudo os que  
689 estão aliados deste processo; **10)** Articular universidades, escolas e outras instituições no processo  
690 de mobilização para a 15ª CNS; **11)** É importante definir o orçamento para assegurar o processo de  
691 preparação com segurança; **12)** Divulgar a resolução sobre as plenárias, assim que estiver pronta,  
692 para todas entidades que compõem os conselhos; **13)** Junto com as orientações sobre as plenárias,  
693 enviar recomendação aos CES e CMS para que reúnam as suas organizações, contemplando os três  
694 segmentos, com vistas a divulgar as estratégias da conferência e solicitar comprometimento na  
695 mobilização – a intenção é realizar conferência com mais participação popular e participação mais  
696 incisiva dos usuários; **14)** Deve-se envolver as organizações nos municípios e enviar orientação aos  
697 gestores para a realização da estratégia de plenárias; **15)** É preciso deixar clara a diferença entre  
698 plenária e pré-conferência. A primeira é aberta e mobilizadora. A segunda é parte do processo das  
699 etapas municipais. Essas pré-conferências atendem as necessidades de estados grandes como São  
700 Paulo, onde são feitas por segmentos e representações para eleger delegados para a etapa  
701 municipal; **16)** A definição de delegados atrapalha o debate de estratégias, as pré-conferências  
702 estabelecem o diálogo e a definição de delegados. As plenárias regionais são momentos de  
703 mobilização e complementares uma vez que auxiliam o processo das municipais; **17)** Considerando a  
704 plenária como espaço amplo, aberto e direto de debate, não se deve retroagir na questão da  
705 exclusão; nos municípios, a Plenária será o movimento deflagrador e a porta de entrada para a  
706 conferência; **18)** O grande desafio da plenária é trazer a sociedade, a população e os movimentos  
707 populares que não têm assento em conselhos para o debate de defesa do SUS, de reconhecer e  
708 fortalecer os conselhos e conferências como espaços de participação legítimos e fortes; **19)** As  
709 plenárias não são deliberativas, mas subsidiam a formulação e apontam diretrizes para os  
710 instrumentos de planejamento como PPA e PNS; **20)** O debate político é mobilizar as pessoas, não  
711 necessariamente tornando delegados mas garantindo as pautas destes segmentos não representados  
712 e a inclusão nos espaços instituídos; **21)** A plenária possui o papel importante de suscitar o debate da  
713 transformação a partir da localidade, com a participação de movimentos populares, da luta  
714 antimanicomial, das associações de bairro, das pessoas privadas de liberdade. É essencial debater a  
715 transformação a partir do cidadão, formulando políticas que influenciem nos locais, com o  
716 envolvimento de diversos setores - educação, transporte, moradia, entre outros. A Plenária deve ter  
717 ampla participação, envolvendo diversos setores e movimentos, independente se participarão ou não  
718 da conferência; **22)** O papel da plenária é potencializar os conselhos e suas atividades; não há  
719 contradição entre plenárias e pré-conferências, porque são complementares; é preciso mobilizar para  
720 ampliar a participação; a plenária é uma potencialização para a mobilização, para afirmar as diretrizes  
721 do que se quer com as conferências e organizar para a ação política; **23)** O CNS está no caminho  
722 correto ao definir espaços de mobilização para a 15ª Conferência; **24)** As conferências nos municípios  
723 devem ser livres (a Constituição Federal define a participação da comunidade); **25)** É preciso ampliar  
724 o debate de acordo com a atual conjuntura política, buscando os que não estão incluídos, os  
725 cidadãos; **26)** A participação na plenária independe do tipo de movimento, deve ser da e para a  
726 população; portanto, não precisa ter paridade. As instituições e regras cabem às etapas municipais e  
727 seguintes; **27)** Os conselhos são espaços legítimos de representação. É preciso garantir a  
728 participação dos movimentos organizados nos espaços instituídos, disputando o processo eleitoral. É  
729 necessário tratar dos conselhos locais, distritais - é importante o chamamento destes representantes  
730 locais que constroem nas suas localidades e que sofrem os problemas do acesso à saúde; **28)** Os  
731 movimentos organizados devem disputar vaga para participar da conferência; **29)** É preciso realizar  
732 plenária ampliada para garantir a participação da sociedade na discussão da saúde; **30)** Confusão –  
733 plenária de conselhos de saúde e plenária como meio de mobilização – proposta: modificar o nome  
734 “plenária” a fim de não causar dúvidas; **31)** Na plenária de mobilização, deve-se discutir com a  
735 sociedade as questões relacionadas ao SUS avaliando os avanços e definindo os desafios; **32)** É  
736 preciso garantir a heterogeneidade da participação popular nas etapas das conferências – mobilizar  
737 as pessoas para disputarem espaços nas conferências; **33)** É necessário trazer a participação popular  
738 para as conferências; **34)** Proposta de número de integrantes das plenárias: 200 ou 300 pessoas –  
739 cada local define a quantidade de acordo com realidade; **35)** A proposta é realizar plenárias populares  
740 ou plenárias livres, que são diferentes das plenárias de conselhos de saúde – sugestão: 5 plenárias  
741 regionais – cada região definirá onde. Tamanho de plenária – cada município fará suas atividades. A  
742 ideia é construir plenárias regionais – será necessário definir o tamanho dos espaços para custeio. A  
743 plenária livre, em cada região, dependerá de recursos e do compromisso político dos estados que  
744 sediarão. **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou  
745 que é preciso definir o tamanho da plenária regional, definindo o número de pessoas por conta do  
746 custo com transporte, alimentação e hospedagem. Explicou que a proposta é 200 ou 300  
747 participantes, lembrando que será feita com a contrapartida do CNS e do Estado que irá sediar. No  
748 caso da local, disse que é livre, sem definição de número, assegurando ampla participação. Destacou  
749 que as plenárias regionais possuem três dimensões: avaliar a situação de saúde, de forma

750 participativa; informar sobre as etapas das conferências; promover debate político formativo. Frisou  
751 que a plenária não irá discutir proposição para PPA e PNS, mas iniciará a discussão sobre os  
752 instrumentos de gestão. Sobre o calendário, disse que a sugestão é realizar as plenárias regionais  
753 entre a última semana de fevereiro e o mês de março de 2015 e a plenária nacional em abril de 2015.  
754 Sobre as datas das etapas deliberativas da conferência, concordou que é preciso maior prazo para as  
755 etapas municipais, todavia, a proposta de realizar em setembro de 2015 inviabiliza o processo  
756 organizativo. Sobre o financiamento, disse que é preciso ter pauta na CIT para debater e firmar  
757 compromisso público da gestão com a conferência, assegurando inclusive recursos para realização.  
758 Conselheira **Kátia Souto** sugeriu que o CNS solicite à CIT que inclua a 15ª CNS na pauta da reunião  
759 de fevereiro de 2015. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, acrescentou que  
760 o Ministro da Saúde comprometeu-se a assinar o decreto de convocação da 15ª CNS na 4ª CNSST e  
761 será enviada recomendação com orientações aos municípios e estados. Disse que o desafio é definir  
762 como os participantes das plenárias livres, que é ampla, podem participar dos espaços deliberativos.  
763 Por fim, destacou que é preciso ter uma sinalização dos locais para a realização das plenárias  
764 regionais. Seguindo, foi aberta a palavra para manifestações sobre o resultado do trabalho do Grupo  
765 2. Nas falas, foram levantadas as seguintes questões: **1)** Produzir vídeos e materiais para  
766 disponibilizar nas unidades básicas de saúde e nos demais serviços de saúde; **2)** Garantir a  
767 articulação do Programa Saúde na Escola como foco de mobilização para a 15ª CNS; **3)** É preciso  
768 definir um processo de comunicação adequado aos objetivos da conferência; **4)** Na 12ª Conferência,  
769 foi sugerido um canal da saúde de sintonia livre assim como as TVs oficiais. Na 15ª Conferência, é  
770 preciso trabalhar para que o Canal Saúde seja de sintonia livre e acessível e torne-se um meio de  
771 comunicação de divulgação do SUS; **5)** O canal saúde precisa ser um instrumento de mobilização  
772 para a 15ª CNS, inclusive para combater o desserviço da mídia em relação ao SUS; **6)** Garantir a  
773 divulgação dos materiais de comunicação onde há grande circulação de pessoas – nos metrô, nas  
774 unidades básicas de saúde, entre outras; **7)** Usar os espaços de rodoviárias, meios de transporte  
775 como ônibus com televisões para a divulgação dos spots da 15ª CNS; **8)** Utilizar o conteúdo da  
776 Oficina de Comunicação realizada na Fiocruz no processo de preparação; **9)** As emissoras de rádio e  
777 TV são concessões do Estado, portanto, é preciso usar esta informação. As câmaras de vereadores  
778 possuem TVs ou rádios oficiais que devem ser utilizadas no processo de comunicação; **10)** Utilizar os  
779 equipamentos do PID que os conselhos de saúde receberam nas atividades de mobilização; **11)**  
780 Deve-se pautar também as grandes emissoras e utilizar TVs universitárias, rádios de sindicatos,  
781 rádios e TVs web; **12)** É preciso divulgar os avanços alcançados e os números positivos do Sistema –  
782 o Ministério da Saúde produziu uma série de indicadores; **13)** É preciso definir o que comunicar, qual  
783 a mensagem para a 15ª CNS e a bandeira; **14)** É necessário organizar o temário para que as pessoas  
784 se identifiquem e se envolvam na discussão, lembrando que há públicos diferenciados e que é preciso  
785 trabalhar diferentes linguagens para públicos diversos – é necessário uma marca para a Conferência;  
786 **15)** Fazer o resgate do processo histórico das conferências de saúde, identificando os sujeitos  
787 históricos que participaram da 8ª Conferência e expor na 15ª Conferência; **16)** Homenagear os  
788 anônimos que constroem esse processo; **17)** Resgatar a participação das lideranças indígenas no  
789 processo de comunicação e mobilização e nos espaços da saúde e garantir maior participação dessas  
790 lideranças (utilizar imagens deste processo em relação aos indígenas e sua história). **Retorno da**  
791 **mesa.** Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, salientou que há um elemento  
792 político a ser reforçado, pois, não é só a mídia que faz boicote ao SUS. Muitas vezes, a gestão  
793 também dificulta a democratização da informação sobre o SUS. Dessa forma, disse que é preciso  
794 associar essa questão à luta pela democratização da informação e dos meios de comunicação. Disse  
795 ser difícil produzir o material de divulgação/comunicação até janeiro de 2015. Além disso, destacou  
796 que a assessoria de comunicação do MS deve estar aberta ao diálogo, pois suas peças ainda são  
797 muito governamentais. Salientou que a avaliação do povo é essencial, para isso, é preciso ter uma  
798 base de dados que mostre os avanços na linha de legitimar o SUS. Seguindo, foi aberta a palavra  
799 para manifestações acerca das sugestões do Grupo 3 – Bloco de participação. Em relação a esse  
800 grupo, foram colocadas as seguintes questões: **1)** Aproveitar os materiais já deliberados nas plenárias  
801 anteriores como subsídios para debate nas plenárias regionais; **2)** É preciso garantir representações  
802 legítimas, pois a paridade não é respeitada (há muitos trabalhadores de saúde ocupando vagas de  
803 usuários); **3)** Não será possível realizar algo inovador sem estrutura e financiamento. Portanto, o  
804 Ministério da Saúde precisa contribuir. Os orçamentos foram pensados no método tradicional de  
805 conferências, assim, as propostas não serão contempladas nos orçamentos já estabelecidos; **4)** É  
806 preciso lutar e construir o SUS tendo por controle a população; **5)** O MS deve fazer uma  
807 recomendação aos CES e CMS para que revejam a questão do CNPJ de modo a incluir movimentos  
808 organizados que não conseguem participar dos conselhos de saúde por questões legais - exigir  
809 apenas a ata de formação dos grupos, flexibilizando critérios que favoreçam a inclusão de novos  
810 atores; **6)** O foco do debate é “como ampliar”; **7)** É preciso adequar o calendário das plenárias às  
811 atividades dos estados – por exemplo, serão realizados 18 fóruns em Pernambuco, 6 distritais e 1  
812 municipal; **8)** O desafio é definir como trazer os movimentos – é preciso estabelecer critérios amplos e

813 que respeitem a regionalidade e suas características. A Região Norte, por exemplo, precisa garantir a  
814 expressão de indígenas, ribeirinhos e outros. O debate de cotas pode inviabilizar essa questão. A  
815 paridade de gênero é outra dimensão a ser considerada assim como a juventude; **9)** A revisão de  
816 regimentos, de critérios de representatividade é uma missão dos conselhos; **10)** Não se deve  
817 desvincular a participação da mobilização e comunicação. É unânime o desejo de ampliar a  
818 participação de novos atores, portanto, o desafio é como fazer essa inclusão; **11)** Trazer novos  
819 sujeitos para o formato cotidiano de disputa das conferências pode ser desastroso, por isso, é  
820 necessário pensar novas formas de debater saúde nas conferências; **12)** A ferramenta digital é  
821 importante e deve ser utilizada, mas sem desconsiderar que muitos desses segmentos não têm  
822 acesso – é preciso garantir mecanismos que dialoguem; **13)** É preciso pensar a questão da  
823 comunicação e mobilização para a 15ª CNS no âmbito das entidades; **14)** Defesa de cota - paridade -  
824 para a representação das mulheres; **15)** Deve-se garantir a participação de todos, com definição de  
825 regras, pois os mecanismos de participação e definição de delegados ainda é excludente; **16)** É  
826 necessário equilibrar a participação entre os três segmentos, com olhar especial para a mobilização  
827 dos usuários rurais que não têm acesso a informações; **17)** Ampliar a participação dos grupos e  
828 segmentos chamados de minorias; **18)** A falta de mobilização é um problema em todos os espaços de  
829 participação social. No Rio Grande do Sul estão sendo desenvolvidas conferências locais,  
830 comunitárias; **19)** É preciso envolver as escolas no processo e deixar a marca de que a 15ª CNS seja  
831 a maior da história do SUS; **20)** É preciso cobrar dos gestores que não apoiam os conselheiros  
832 usuários; **21)** Rever a distribuição de vagas por critério populacional - não é justo Sul e Sudeste terem  
833 maioria garantida nestes espaços; **22)** O debate de participação está vinculado ao debate de  
834 conjuntura. A bandeira é a inclusão, mas com intencionalidade política. A intenção é incluir e garantir  
835 a centralidade de populações como juventude, população negra e quilombola, campo, floresta e  
836 águas, LGBT, mulheres, idosos; **23)** É preciso incluir outros campos de militância na saúde - envolver  
837 a juventude vinculada ao PRONATEC, parteiras e outros grupos que ainda não se expressam; **24)**  
838 Realizar busca ativa de grupos não representados. A questão do financiamento é determinante.  
839 Muitos governos estaduais e municipais não asseguram apoio aos usuários; **25)** Realizar conferência  
840 ou espaço de participação garantindo a fala das pessoas privadas de liberdade; **26)** Questionamento a  
841 respeito dos critérios de delegados natos (Por que os conselheiros nacionais são natos, sendo que  
842 muitas vezes não participam nas bases dos seus estados? – é preciso resposta por escrito para  
843 acabar com essa polêmica); **27)** A paridade de gênero precisa ser respeitada; não se deve abrir mão  
844 do que há em termos de paridade sem uma proposta de mudança concreta; **28)** É preciso considerar  
845 as diferenças e dificuldades dos municípios menores na definição das ações. **Retorno da mesa.** O  
846 Secretário Executivo do CNS, **José João Lanceiro da Palma**, informou que, no mês de fevereiro de  
847 2015, será realizado encontro com as Secretarias Executivas dos Conselhos para colocar o resultado  
848 dos debates acerca da 15ª CNS e firmar acordo a respeito das estratégias. Conselheira **Maria do**  
849 **Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que há espaços que já trabalham com cotas por  
850 segmentos e é preciso reconhecê-los. No caso dos conselhos de saúde, avaliou que é essencial  
851 manter a paridade por segmentos, mas esse critério não deve ser uma justificativa para manter a  
852 desigualdade. Defendeu a manutenção do princípio da paridade e o enfrentamento das desigualdades  
853 a partir da implementação da Resolução nº. 453. No mais, salientou que o SIACS deve ser a base  
854 para composição das delegações das conferências. Salientou que o campo virtual dispõe de  
855 mecanismos que podem favorecer a mobilização e estabelecer delegados cidadãos. Frisou ainda a  
856 importância de incorporar o princípio da educação popular, com linguagem acessível à população.  
857 Também destacou que o financiamento deve ser objeto de diálogo e pactuação tripartite – Ministério  
858 da Saúde, CONASS e CONASS – e focar nesse processo de mobilização. Por fim, disse que é  
859 preciso garantir que o recurso do Participa SUS seja destinado prioritariamente à preparação da 15ª  
860 CNS. **Valcler Rangel**, Presidente da FIOCRUZ, destacou a importância do evento e a riqueza dos  
861 debates. Sobre a FIOCRUZ, informou que foi aprovada carta no Congresso da Fundação que explicita  
862 o posicionamento da entidade inclusive sobre aspectos colocados no debate. Colocou a FIOCRUZ à  
863 disposição por intermédio de suas ferramentas – Canal Saúde, Pense SUS, Revista RADS.  
864 Esclareceu que já existe movimento para transformar o Canal Saúde em TV aberta, mas ainda há  
865 resistência do colegiado do Ministério das Comunicações. Por fim, destacou que o controle da mídia é  
866 um debate político essencial. Conselheira **Kátia Souto** explicou que os recursos do Participa SUS são  
867 repassados fundo a fundo para os estados e engloba as seguintes ações: ouvidoria, auditoria,  
868 conselhos de saúde, comitês de equidade. Disse que está sendo discutida a destinação de recursos  
869 do Participa SUS exclusivamente para a 15ª Conferência, todavia, destacou que há recursos  
870 repassados aos Estados não utilizados que podem ser investidos nesse processo. Conselheira **Maria**  
871 **do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, propôs que a questão dos recursos do Participa SUS para  
872 a 15ª Conferência fosse tratada no início de 2015 para que os conselhos estejam informados.  
873 Conselheira **Kátia Souto** explicou que o orçamento da saúde será votado no mês de março de 2015,  
874 portanto, o aporte de recurso será destinado às etapas deliberativas da Conferência. Desse modo,  
875 disse que é possível verificar a possibilidade de aporte de recursos no planejamento da Secretaria

876 para apoiar as plenárias regionais. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS,  
877 destacou que esse tema será pautado na reunião ordinária de fevereiro de 2015. Por fim, foi feito um  
878 círculo para avaliação final da oficina. Com essa atividade, a mesa encerrou os trabalhos da manhã  
879 do segundo dia de reunião. Os trabalhos foram retomados com os conselheiros nacionais de saúde  
880 para cumprir os itens de pauta relativos ao CNS. **APROVAÇÃO CALENDÁRIO 2015** – Conselheira  
881 **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, apresentou a proposta de calendário de reuniões  
882 do CNS para 2015, destacando que no mês de janeiro, a reunião ocorreria no final do mês (28 e 29), a  
883 fim de garantir a disponibilização de orçamento. Explicou que a intenção é aprovar a proposta inicial  
884 de calendário e fazer os ajustes necessários na reunião ordinária do mês de janeiro de 2015 por conta  
885 do processo de preparação da 15ª Conferência (provavelmente, serão necessárias reuniões  
886 extraordinárias). Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** sugeriu que a reunião ordinária do  
887 mês de janeiro ocorresse nos dias 27 e 28 para não coincidir com a reunião da CONEP. Conselheiro  
888 **Gerdo Bezerra de Faria** ratificou a proposta de antecipar a reunião do CNS do mês de janeiro para  
889 os dias 27 e 28 por conta da reunião da CIRH. Conselheiro **Clóvis Boufleur** solicitou que, após a  
890 aprovação do calendário, não houvesse mudanças nas datas definidas, pois as modificações  
891 prejudicam as agendas pessoais e traz prejuízos financeiros. Também sugeriu que a reunião ordinária  
892 de fevereiro fosse realizada no final do mês por conta do carnaval. Conselheira **Maria do Socorro de**  
893 **Souza** reiterou a proposta de fazer os ajustes finais do calendário na reunião ordinária de janeiro.  
894 Também explicou que a intenção é iniciar a realização das plenárias regionais na última semana de  
895 fevereiro. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** explicou que antecipar a reunião do CNS para  
896 terça-feira prejudica a reunião do FENTAS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** explicou que a  
897 intenção é antecipar somente a reunião ordinária do mês de janeiro de 2014. Conselheiro **Carlos**  
898 **Alberto Duarte** lembrou que, em 2014, o CNS realizou reuniões de três dias para dar conta da pauta.  
899 Sugeriu que na reunião ordinária do mês de fevereiro o Plenário avaliasse o calendário para definir as  
900 reuniões que seriam ampliadas para dar conta da agenda de 2015. Também lembrou que, na  
901 impossibilidade de participação do conselheiro titular na reunião, o suplente deve ser convocado,  
902 evitando prejuízos para o debate. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**  
903 **(“Santinha”)** manifestou preocupação com a proposta de realizar plenária regional no final de  
904 fevereiro logo após as comemorações do carnaval. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,  
905 Presidente do CNS, explicou que o calendário de realização das plenárias será compartilhado com os  
906 Estados. Conselheira **Nádia Elizabeth Barbosa Villas Boas** lembrou que é preciso considerar que a  
907 eleição do CNS deverá ocorrer em novembro e a posse em dezembro de 2015. **Deliberação:**  
908 **aprovado o calendário de reuniões do CNS 2015, a saber: 265ª RO: 27 e 28 de janeiro; 266ª RO:**  
909 **11 e 12 de fevereiro; 267ª RO: 11 e 12 de março; 268ª RO: 8 e 9 de abril; 269ª RO: 6 e 7 de maio;**  
910 **270ª RO: 10 e 11 de junho; 271ª RO: 8 e 9 de julho; 272ª RO: 5 e 6 de agosto; 273ª RO: 9 e 10 de**  
911 **setembro; 274ª RO: 7 e 8 de outubro; 275ª RO: 11 e 12 de novembro; e 276ª RO: 9 e 10 de**  
912 **dezembro. Se necessário, serão feitos ajustes no calendário de acordo com as atividades**  
913 **preparatórias para a 15ª CNS. ITEM 5 - ENTIDADES MÉDICAS NO CNS** – Conselheiro **Geordeci**  
914 **Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, resgatou que, na reunião ordinária do CNS do mês  
915 de novembro de 2014, o Plenário declarou a vacância da vaga ocupada pelo Conselho Federal de  
916 Medicina - CFM e decidiu, conforme prevê o Regimento Interno do CNS, convocar a representação da  
917 primeira suplência (Federação Nacional dos Médicos – FENAM) para assumir a titularidade. Por  
918 consequente, convocar a entidade representante da segunda suplência (Associação Médica Brasileira  
919 – AMB) para assumir a primeira suplência. Com isso, o Plenário do CNS deveria definir o  
920 encaminhamento em relação à vaga da segunda suplência, que ficou em aberto. Seguindo a decisão  
921 do Plenário, disse que a FENAM foi convidada para a reunião, mas não se manifestou, nem justificou  
922 a ausência. Sendo assim, foi registrada a ausência da entidade após a redefinição. Destacou que, na  
923 reunião de novembro, o Plenário sinalizou que a declaração de vacância das três vagas (titular, 1ª  
924 suplência e 2ª suplência) destinadas às entidades médicas ocorreria após a convocação das três  
925 entidades e de registradas três faltas consecutivas ou seis intercaladas das entidades nas reuniões do  
926 CNS. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** perguntou se a FENAM indicou representante e o  
927 coordenador da mesa confirmou que a entidade fez a indicação de representante, mas este não  
928 compareceu à reunião do CNS. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** lembrou que o CFM  
929 desistiu de participar do CNS, a FENAM sinalizou nesse sentido, mas recuou e a AMB jamais  
930 compareceu às reuniões. Lamentou a posição da FENAM de faltar a mais uma reunião do CNS, sem  
931 justificativa de ausência, entendendo tratar-se de um desmerecimento ao espaço do CNS. Disse que  
932 o segmento dos trabalhadores acatou a decisão do CNS, todavia, ponderou que o Plenário precisaria  
933 tomar uma decisão mais consistente para não abrir precedentes. Conselheiro **Gilson Silva** perguntou  
934 se a entidade foi convocada, se foi feito contato com o representante da entidade e disponibilizada  
935 passagem e se o nome do representante foi publicado no Diário Oficial da União. Conselheiro **Renato**  
936 **Almeida de Barros** disse ter sido informado sobre a indicação de representante da FENAM para  
937 participar do CNS. Salientou que se deve aplicar o Regimento Interno até que essa norma passe por  
938 redefinição. Também destacou que é preciso verificar se a entidade suplente declinou de participar do

939 CNS para definir os encaminhamentos necessários. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**  
940 explicou que a indicação foi publicada no DOU e os representantes foram comunicados da reunião e  
941 do local, mas não se manifestaram, para providenciar as passagens, nem justificaram a ausência na  
942 reunião. Destacou que a decisão tomada na reunião de novembro de 2014 é o ponto de partida para  
943 aplicação do Regimento Interno do CNS no que diz respeito à vacância de vagas (três reuniões  
944 consecutivas ou seis intercaladas). Lembrou, inclusive, que os suplentes são convocados na  
945 impossibilidade de participação do titular. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** avaliou que a  
946 responsabilidade com a saúde do país cabe a cada um dos conselheiros e, no seu modo de ver, a  
947 representação da FENAM não tem valorizado o espaço no CNS. Além disso, salientou que as ações  
948 do CNS podem ser questionadas judicialmente porque há problema na representação do segmento  
949 dos trabalhadores da saúde. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que explicitara a  
950 decisão do CNS na última reunião – aplicar o Regimento Interno do CNS – e os procedimentos  
951 adotados a partir dessa definição. Para outro encaminhamento, o Plenário precisaria rever a sua  
952 definição. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, reiterou que esse ponto já  
953 havia sido definido na última reunião do CNS, assim, o Conselho passou a cumprir as definições do  
954 Regimento Interno (inclusive, registrando a primeira falta da FENAM). Conselheira **Luciana Silveira**  
955 **Bernardes** perguntou como será definida a representação da segunda suplência, que está vaga por  
956 conta das redefinições previstas no Regimento Interno. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**  
957 explicou que essa foi uma das dúvidas suscitadas durante o debate no mês de novembro de 2014 e  
958 não há definição no Regimento Interno do CNS a respeito, nem consenso no CNS. Disse que a  
959 proposta é pautar o debate dessa questão no início de 2015 para definição. Conselheiro **Renato**  
960 **Almeida de Barros** frisou que é preciso pautar essa questão e solicitar parecer jurídico a respeito.  
961 Também destacou que o Plenário do CNS precisaria indicar representante, a fim de recompor a  
962 representação do segmento dos trabalhadores, caso a decisão fosse de declaração da vacância.  
963 Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** esclareceu que não há ilegalidade na composição  
964 do Conselho e frisou que as decisões do CNS são válidas. Reiterou a proposta de solicitar parecer  
965 jurídico sobre o procedimento a ser adotado diante da vacância de vagas. **Deliberação: será**  
966 **solicitado parecer jurídico sobre os procedimentos a serem adotados em relação à vaga que**  
967 **surgiu em função da vacância do CFM. A partir do parecer, o tema será repautado no Conselho**  
968 **para definição. INFORMES E INDICAÇÕES - INFORMES** - Conselheiro **Geordeci Menezes de**  
969 **Souza** fez um informe sobre os preparativos finais para a 4ª CNSTT, destacando os seguintes  
970 números e informações: 900 delegados eleitos nos Estados (distribuição equânime entre homens e  
971 mulheres – 453 mulheres e 447 homens); liberada a relação de hotéis que receberão as delegações;  
972 os delegados nacionais, os relatores e os membros das comissões ficarão hospedados no mesmo  
973 hotel; alguns Estados não enviaram a lista com os horários dos voos das delegações, o que dificulta o  
974 planejamento; problemas pontuais no Piauí e em outros estados acerca das passagens para os  
975 delegados; os painéis foram suspensos porque, dos 40 previstos, apenas um confirmou; problema:  
976 pessoas dirigindo-se a Brasília para participar da Conferência sem terem sido indicadas como  
977 delegado ou convidado – o local comporta 1500 pessoas e até o momento 1452 pessoas inscritas  
978 (não é possível indicar mais). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou  
979 que o Ministro de Estado da Saúde confirmou a presença na 4ª CNSTT e, na oportunidade, será  
980 assinado o decreto de convocação da 15ª CNS. Acrescentou que ainda não foi confirmada a presença  
981 da Presidente Dilma Rousseff. Também disse que a Conferência contará com a participação do  
982 professor Márcio Pochman na mesa de abertura junto com o Ministro de Estado da Saúde.  
983 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a CUT reuniu um grupo de dirigentes para  
984 elaborar estudo e apontar o que interessa ser aprovado na conferência e a Força Sindical fez o  
985 mesmo procedimento. Além disso, os gestores reuniram-se para debater propostas que interessam à  
986 gestão. **Não houve deliberação. Situação da saúde no Distrito Federal** – O Secretário Executivo  
987 do CNS, **José João Lanceiro da Palma**, recuperou que no início da reunião o conselheiro Nelson  
988 Mussolini, mediante notícias vinculadas na imprensa, defendeu que o Plenário se manifestasse a  
989 respeito da saúde no Distrito Federal. Como encaminhamento, foi constituído GT para elaborar  
990 documento a respeito e, ao elaborar a nota, observou-se que situação semelhante ocorria em outros  
991 Estados. Sendo assim, optou-se por recolher o documento e debater no segundo dia de reunião. Ao  
992 conversar com o conselheiro Mussolini, disse que o conselheiro afirmou ter se manifestado por conta  
993 do forte impacto da situação e o GDF encaminhou nota esclarecendo uma série de questões inclusive  
994 colocadas na reportagem. Diante dos esclarecimentos do GDF e considerando o caráter da reunião, o  
995 conselheiro reiterou a proposta de elaborar documento a respeito. Justificou, inclusive, que o  
996 conselheiro Mussolini não se fazia presente porque teve que viajar para resolver uma questão em São  
997 Paulo sobre medicamentos para saúde indígena. Salientou que a situação do DF e de outros estados  
998 deve ser acompanhada pelo CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** avaliou que o CNS devia manifestar-  
999 se a respeito e propôs que o Plenário, mediante notícias vinculadas na imprensa, elaborasse e  
1000 disponibilizasse no site do Conselho uma nota do CNS, manifestando preocupação com o  
1001 atendimento da saúde pública no DF e em outros estados do país. Conselheiro **Paulo de Tarso**



1002 **Ribeiro de Oliveira** solicitou que também fosse disponibilizada a nota de esclarecimento do GDF.  
1003 **Deliberação: mediante notícias vinculadas na imprensa, o Plenário decidiu elaborar e**  
1004 **disponibilizar no site do Conselho uma nota manifestando preocupação com descaso no**  
1005 **atendimento da saúde pública no DF e em outros estados do país. Também será**  
1006 **disponibilizada no site a nota do governo do DF esclarecendo uma série de questões**  
1007 **colocadas na denúncia. COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA – CISI/CNS 89ª**  
1008 **Reunião, em 17 e 18 de novembro de 2014 – Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Bouffleur**,  
1009 **coordenador adjunto da CISI/CNS. a) Informe - A proposta de Projeto de Lei do Instituto Nacional de**  
1010 **Saúde Indígena (INSI) foi debatida na Oficina realizada nos dias 25 e 26 de setembro de 2014, em**  
1011 **Brasília. O evento contou com a presença de representantes do controle social indígena,**  
1012 **organizações e movimento indígenas, trabalhadores e gestores da saúde indígena e conselheiros**  
1013 **nacionais. b) Informe - Reunião na 6ª Câmara da Procuradoria Geral da República, em 7 de novembro**  
1014 **de 2014, quando foi discutido Termo de Conciliação Judicial – MPOG e MPT e se chegou ao**  
1015 **consenso de que haverá processo seletivo público para contratação de trabalhadores na saúde**  
1016 **indígena. O prazo para o Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento apresentarem o Plano de**  
1017 **Trabalho é de 60 dias. O processo seletivo substitui contratação por meio de convênios e contratos de**  
1018 **prestação de serviços. c) Proposta de recomendação, elaborada pela CISI/CNS. No documento, o**  
1019 **Pleno do Conselho Nacional de Saúde recomenda ao Ministério da Saúde: 1. A instituição de um**  
1020 **grupo técnico de trabalho entre as instituições envolvidas (Secretaria Especial de Saúde Indígena e**  
1021 **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição), visando o planejamento de ações conjuntas voltadas**  
1022 **para o enfrentamento do beribéri nas áreas indígenas; 2. Que o Comitê de Gestão Integrada de**  
1023 **Atenção à Saúde e Segurança Alimentar para a Saúde Indígena, criado no âmbito do Ministério da**  
1024 **Saúde, inclua em sua pauta de trabalho ações de enfrentamento ao beribéri em áreas indígenas; 3.**  
1025 **Que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) inclua em seu plano anual de trabalho ações**  
1026 **de enfrentamento ao beribéri em áreas indígenas, articuladas às ações desenvolvidas no escopo do**  
1027 **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN); 4. Que a Secretaria Especial de Saúde**  
1028 **Indígena (SESAI) promova treinamentos e capacitações sobre ações de enfrentamento ao beribéri**  
1029 **aos profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), sobretudo**  
1030 **àquelas que atuam nos Estados do Maranhão, Roraima e Tocantins, consideradas áreas endêmicas**  
1031 **para o agravo. Deliberação: aprovada a recomendação. d) Plano de Trabalho com o calendário das**  
1032 **reuniões da CISI, em 2015: Março – 25 e 26; Junho – 24 e 25; Setembro – 23 e 24; Novembro – 25 e**  
1033 **26. Deliberação: o plano de trabalho será apreciado posteriormente. Proposta de mobilização**  
1034 **para a 15ª Conferência Nacional de Saúde – Apresentação:** Conselheiro **Clóvis Bouffleur**. A  
1035 **Comissão Intersetorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem, em**  
1036 **colaboração com as áreas técnicas da criança, do adolescente e jovem do Ministério da Saúde,**  
1037 **considera a 15ª Conferência Nacional de Saúde o momento oportuno para enfrentar as principais**  
1038 **causas de morte de crianças, adolescentes e jovens. Objetivos: Congregar esforços para prevenir a**  
1039 **mortalidade infantil e mortalidade na adolescência e juventude; e Promover ação de mobilização**  
1040 **relacionada com a 15ª Conferência Nacional de Saúde, em articulação com os Conselhos de Saúde e**  
1041 **os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente. Deliberação: na reunião ordinária do mês**  
1042 **de janeiro de 2015, definir como incorporar o documento ao texto de subsídio para debate da**  
1043 **15ª Conferência. 1º de dezembro – dia nacional de luta contra a AIDS - Apresentação:**  
1044 **Conselheiro Carlos Alberto Duarte**. Explicou que 1º de dezembro é o dia nacional de luta contra a  
1045 **AIDS e lamentou a não inclusão do tema na pauta da reunião. Além disso, informou que o CNS não**  
1046 **fora convidado para participar do evento do MS, realizado no dia 1º de dezembro, que apresentou**  
1047 **novos dados da epidemia de AIDS. Conselheira Maria do Socorro de Souza, Presidente do CNS,**  
1048 **informou que o convite para participar da atividade chegou no dia 1º de dezembro e não foi indicado**  
1049 **representante porque, inclusive, não pode conversar com o coordenador da Comissão Intersetorial**  
1050 **para Acompanhamento das Políticas em DST/AIDS - CIADAIDS. Leitura da Carta de Recife, 06 de**  
1051 **dezembro de 2014, em defesa das “residências em saúde como estratégia de educação permanente**  
1052 **para o fortalecimento do SUS”, aprovada durante o IV Encontro Nacional de Residências em Saúde,**  
1053 **realizado de 2 a 6 de dezembro de 2014, em Recife, Pernambuco. Apresentação: conselheiro**  
1054 **Dalmare Anderson B. de Oliveira Sá**. Explicou que o evento marca a abertura do Fórum Nacional de  
1055 **Residências em Saúde, que agrega seus três fóruns: a) residentes, b) preceptores e tutores e c)**  
1056 **coordenadores. Para conhecimento. O documento será encaminhado para a CIRH/CNS. Nota de**  
1057 **Repúdio CNS sobre Estupro USP, elaborada pela Associação Nacional de Pós-**  
1058 **Graduandos/União dos Estudantes - Apresentação: conselheiro Dalmare Anderson B. de Oliveira**  
1059 **Sá**. No documento, a ANPG repudia toda e qualquer forma de agressão sofrida por estudantes  
1060 **durante as calouradas e/ou festas universitárias nas mais diversas universidades do país, bem como a**  
1061 **culpabilização das vítimas de tais violências. Reafirmamos nossa defesa aos direitos das mulheres e**  
1062 **das minorias historicamente oprimidas. Cobra ainda das autoridades competentes a adequada**  
1063 **investigação dos casos ocorridos, além de ações que inibam estas práticas nas mais diversas**  
1064 **instituições de ensino superior do país. Deliberação: o Plenário aprovou apenas o mérito da nota,**

1065 porque houve discordância em relação aos considerandos. O documento será incluído no site  
1066 do CNS. Na reunião ordinária de janeiro de 2015, o tema retorna à pauta com o intuito de  
1067 aprovar uma resolução a respeito. Encontro da Saúde na 9ª Bienal da União Nacional dos  
1068 Estudantes - UNE. Tema: Educação, Saúde e Desenvolvimento: A juventude por mudança na Saúde  
1069 do Brasil para cuidar bem das pessoas. Data: 26 de janeiro e 1º de fevereiro de 2015. *Indicações:*  
1070 conselheira **Michely Ribeiro**; conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**; e  
1071 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, representando a Mesa Diretora do CNS. Os conselheiros  
1072 do CNS que residem no Rio de Janeiro poderão participar do encontro. **INDICAÇÕES - Câmara de**  
1073 **Saúde Suplementar – 2014/2015** - Pautar na próxima reunião do CNS. **ENCERRAMENTO –** Nada  
1074 mais a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 264ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes  
1075 os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,  
1076 Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos  
1077 Cegos do Brasil – ONCB; **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Clóvis**  
1078 **Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Edmundo Dzuaiwi Omoro**,  
1079 Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Gerdo Bezerra de Faria**,  
1080 Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Ivone Evangelista Cabral**, Associação Brasileira de  
1081 Enfermagem (ABEn); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde –  
1082 CNTS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil –  
1083 CGTAMBÉM; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria**  
1084 **do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria**  
1085 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Furia Silva**,  
1086 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da  
1087 Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças  
1088 Similares – ABRAz; **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1089 Seguridade Social – CNTSS; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas – LBL; e  
1090 **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM.  
1091 *Suplentes* – **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços  
1092 e Turismo (CNC); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dalmare**  
1093 **Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Elias José da**  
1094 **Silva**, Movimento Popular de Saúde – MOPS; **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de  
1095 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do  
1096 Brasil - FASUBRA; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI;  
1097 **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene**  
1098 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –  
1099 Sindnapi; **Gilson Silva**, Força Sindical; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**,  
1100 Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas  
1101 – FIO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;  
1102 **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação  
1103 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**  
1104 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –  
1105 SINDNAPI; **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –NCST; **Luiz**  
1106 **Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e  
1107 Serviços (CNS); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários –  
1108 FENAMEV; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra a Aids; **Nádia**  
1109 **Elizabeth Barbosa Villas Boas**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV;  
1110 **Oswaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo,  
1111 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Paulo de**  
1112 **Tarso Ribeiro de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de  
1113 Organizações de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação  
1114 Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.