



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

4
5 ATA DA DUCENTÉSIMA SEXAGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
6 NACIONAL DE SAÚDE – CNS
7
8

9 Aos onze e doze dias do mês de março de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de
10 Saúde “Omitlon Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar,
11 Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Sexagésima Sétima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de
12 Saúde – CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou a sessão
13 cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em
14 seguida, apresentou os objetivos da 267ª RO: **1) Homenagem a Lourdinha Rodrigues, feminista, defensora dos direitos humanos e ex-conselheira nacional de saúde; 2) Socializar o andamento da Política de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e a responsabilidade do SUS; 3) Analisar as implicações da entrada do capital estrangeiro no setor da saúde; 4) Dar continuidade ao processo de construção da 15ª Conferência Nacional de Saúde, com ênfase na composição da comissão organizadora; e 5) Deliberar sobre processos da CIRH.** **ITEM 1 – EXPEDIENTE - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 267ª REUNIÃO ORDINÁRIA E DA ATA DA 265ª RO do CNS - Composição da mesa:**

20 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, apresentou e colocou em apreciação a pauta da reunião. Conselheiro **Clóvis Boufleur** explicou que o Fórum de Usuários solicita que não haja alteração de pauta às vésperas da reunião, pois prejudica os debates e a preparação dos itens com antecedência. Solicitou, inclusive, que a Mesa Diretora do CNS siga o fluxo de trabalho definido em Resolução do CNS para organizar as reuniões. No mais, perguntou à Mesa Diretora quais são os temas pendentes mais urgentes, definidos no planejamento do CNS, que precisam ser pautados. Conselheira **Patrícia Alves Novo** registrou que os conselheiros têm recebido as pautas às vésperas das reuniões, assim, solicitou o envio com tempo hábil para assegurar a discussão nos Fóruns dos Segmentos. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** solicitou a inclusão de item extra pauta para tratar da minuta de Resolução, aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas de Drogas no dia anterior, que regulamenta as comunidades terapêuticas, dada a incidência dessa iniciativa no SUS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** apoiou a inclusão desse item e aproveitou para solicitar a redefinição da coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a pauta da 267ª RO, com a inclusão de item extra, no segundo dia, para tratar da minuta de Resolução que regulamenta as comunidades terapêuticas.** Em seguida, o coordenador submeteu à apreciação a ata da 265ª RO Ordinária do CNS. Conselheira **Clarice Baldotto** solicitou a inclusão do seguinte adendo à ata: aprovação da ata da 262ª e a resolução a respeito das agressões sofridas pelos universitários. Aproveitou para ressaltar a importância de apresentar o texto do debate sobre a resolução a respeito da violência contra estudantes universitários, lembrando que o mérito já fora aprovado. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, solicitou maiores esclarecimentos à coordenadora da CIRH uma vez que o tema foi pauta de debate na Comissão. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** informou que o tema foi pauta na CIRH e foi elaborada e divulgada publicamente nota sobre violência nas universidades. Lembrou, inclusive, que a nota foi aprovada na reunião do CNS e divulgada no site do Conselho e esclareceu que não se trata de uma matéria de resolução. **Deliberação: o Plenário aprovou a pauta da 267ª Reunião Ordinária e a ata da 265ª RO Ordinária do CNS, com o adendo da conselheira Clarice Baldotto.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apresentou e deu boas-vindas à nova conselheira do CNS **Denise de Freitas**, da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Em seguida, abriu a palavra para informes. **EXPEDIENTE – INFORMES – Implantação da Frente Parlamentar de Enfrentamento as DST/Aids no Congresso Nacional** - Conselheiro **Rodrigo Pinheiro** informou que a Frente é composta por mais de 220 parlamentares e, após a instalação, definiu várias ações, entre elas, a realização de audiência pública para discutir a Política de AIDS do Brasil. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** disse que a Política também será debatida na Comissão de Prevenção de AIDS, com a participação da Frente Parlamentar, e os resultados serão trazidos para o Plenário do CNS. **TUBERCULOSE E ATENDIMENTO NO SUS** – Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** solicitou pauta no CNS para tratar sobre tuberculose, lembrando que o Brasil está entre os 20 países com maior índice da doença no

57 mundo. Ressaltou que essa situação decorre, principalmente, do abandono do tratamento (a taxa é de
58 cerca de 10%) – os serviços abandonam o usuário e não o contrário. Também destacou as dificuldades
59 de acesso dos usuários aos serviços de saúde, relatada inclusive por conselheiros. Conselheiro **Clóvis**
60 **Boufleur** registrou que há desabastecimento generalizado da vacina BCG em determinadas regiões do
61 país e solicitou que o Ministério da Saúde esclareça essa questão. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
62 ressaltou que há risco de falta da vacina no país, o que é preocupante, porque a vacina é uma forma de
63 evitar casos mais graves de tuberculose em crianças. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** justificou
64 sua ausência nas reuniões ordinárias do CNS de janeiro e fevereiro de 2015. Também atualizou o
65 Plenário sobre o trabalho do GT do CNS designado para acompanhar o processo eleitoral do Conselho
66 Municipal de Saúde do Belo Horizonte (composição, Renato Barros, Geraldo Adão e Eni Carajá).
67 Destacou que o GT reuniu-se com o Secretário Municipal de Saúde para intermediar a busca de solução
68 e esteve com a promotoria pública e conseguiu intermediar encontro com os segmentos em conflito no
69 sentido de realizar novo processo eleitoral (dia 26 de março). Conselheiro **Antônio Alves de Souza**
70 explicou os motivos da não publicação do relatório impresso da 4^a Conferência Nacional de Saúde
71 Indígena e informou que essa publicação será feita via Organização Pan-Americana de Saúde. Disse
72 que serão entregues 10 mil exemplares e distribuiu CDs com o relatório. Também comunicou que será
73 realizada de 27 de março a 4 de abril operação com grupo voluntário para atendimento em aldeias de
74 procedimentos de média e alta complexidade e solicitou a indicação de representante do CNS para
75 acompanhar esse processo. No mais, disse que no dia 19 de abril será lançado o mês de vacinação dos
76 povos indígenas e sugeriu a indicação de representante do Conselho. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
77 **Santos** comunicou que, no dia anterior, foi realizada plenária do movimento em defesa da saúde pública
78 – Saúde mais dez – com a participação de representantes de 17 Estados e cerca de 40 entidades.
79 Disse que o movimento continuará a luta pelos 10% das receitas correntes brutas da União ou
80 equivalente para a saúde e definiu os seguintes encaminhamentos: necessidade de discutir fontes, a
81 destinação desses recursos (prioridade de aplicação em ações e serviços de natureza pública).
82 Também solicitou a adesão dos conselheiros e das entidades e movimentos a essa nova fase do
83 Movimento. Conselheiro **Eni Carajá Filho** informou que, junto com o conselheiro Abrahão Nunes, em
84 parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa esteve em Araxá para tratar de
85 irregularidades na gestão passada do município. Disse que encaminhará o relatório da situação ao
86 Conselho e sugeriu que haja acompanhamento dessa questão. Conselheira **Maria do Socorro de**
87 **Souza**, Presidente do CNS, comunicou que foi constituído, por funcionários e conselheiros, um núcleo
88 de atendimento do CNS aos conselhos estaduais e municipais para ter informações sobre o
89 funcionamento do controle social. Destacou o caso de Tocantins por conta da conjuntura complexa – o
90 Conselho sofreu auditoria e foram levantados questionamentos que podem vir a ser caracterizados
91 como irregularidades. Disse que aguarda o resultado da auditoria para definir os próximos
92 encaminhamentos. Explicou que a proposta da Mesa Diretora do CNS é aprovar recomendação para
93 que os conselhos estaduais e municipais se organizem para ter equipe técnica preparada, zelo com os
94 recursos públicos e com a transparência da informação. Além dessas questões, informou que foram
95 realizadas reuniões em preparação à 15^a Conferência e reunião com as secretarias executivas de
96 conselhos estaduais e das capitais com apresentação do Regimento da Conferência, a agenda das
97 plenárias, entre outros aspectos. Disse que a minuta de recomendação será incluída no servidor para
98 ser apreciada e, após aprovada, divulgada para conselhos estaduais e municipais. No caso de Araxá,
99 explicou que aguarda o relatório para definir a melhor forma de acompanhar a situação. Conselheiro
100 **Carlos Alberto Duarte** aproveitou para reafirmar que a Mesa Diretora do CNS leva em consideração o
101 planejamento do CNS para definir as pautas das reuniões plenárias. Informou que na reunião de abril
102 seria apresentado relatório a respeito das pautas pendentes. Conselheira **Ana Paula Menezes**
103 esclareceu que não houve problemas logísticos e de compra em relação à vacina BCG, mas que
104 ocorreu problemas no processo de produção. Explicou que o produtor comprometeu-se a fazer
105 distribuição da vacina no dia 18 de março de 2015. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** informou que a
106 Mesa Diretora, ao assumir, conseguiu pautar as demandas pendentes da gestão anterior. Conselheiro
107 **Carlos Alberto Duarte** apresentou as seguintes justificativas de ausência: **Cleoneide Paulo Oliveira**
108 **Pinheiro; Cleuza de Carvalho Miguel; João Rodrigues Filho; Lázaro Luiz Gonzaga; Alexandre**
109 **Frederico de Marca; e Sandra Régis**. Conselheiro **Willen Heil e Silva** acrescentou que a conselheira
110 Denise Torreão também justificou ausência. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, coordenador do Fórum
111 de Usuários, disse que o Fórum solicita que a eleição do CNS, prevista para o final de 2015, seja
112 discutida na próxima reunião do CNS ou, no máximo, na reunião do mês de maio. Conselheiro **Luiz**
113 **Aníbal Vieira Machado** interveio para registrar o descontentamento com a aprovação da lei que dispõe
114 sobre o exercício da profissão de motorista que, entre outros aspectos, determina que estes devam
115 cumprir quatro horas extras por dia. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** informou que o Estado de
116 Minas Gerais está contribuindo para a organização da plenária regional da Região Sudeste, todavia,
117 manifestou preocupação com a programação definida, destacando que Minas Gerais e Rio de Janeiro
118 não foram consultados. Assim, solicitou que a programação seja revista e também aumente o número
119 de participantes do Estado de Minas Gerais. A Presidente do CNS sugeriu retomar esse tema no debate

120 da 15ª Conferência. Conselheiro **Marlonei Silveira dos Santos** informou a realização, em Bento
121 Gonçalves, do V Congresso Nacional dos Médicos Peritos da Previdência e o foco da pauta foi a
122 terceirização dos serviços. Destacou que está em tramitação no Congresso Nacional a Medida 664 que
123 prevê a privatização da perícia médica da Previdência Social, com fim do concurso público. Salientou
124 que a situação dos médicos peritos é complexa e os profissionais são alvo de violência. Disse que
125 apresentaria documento na próxima reunião para que o Plenário definisse encaminhamentos.
126 Conselheira **Ana Maria Costa** conclamou o Conselho para mobilizar-se contra o debate, no Congresso
127 Nacional, da PEC 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha, que obriga os empregadores urbanos e
128 rurais a adquirir planos privados de saúde para os seus empregados. Conselheira **Maria do Socorro de**
129 **Souza** disse que é preciso pautar debate sobre os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional
130 com impacto na saúde. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** solicitou que a Mesa Diretora do CNS
131 convide a ouvidoria do MS para participar da próxima reunião, a fim de apresentar informações sobre a
132 situação da saúde do Brasil. **ITEM 2 – IMPLICAÇÕES DO CAPITAL ESTRANGEIRO NO SETOR**
133 **SAÚDE – Convidados:** **Oswaldo José Barbosa da Silva**, Sub-Procurador Geral da República e
134 Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – AMPASA; **Lenir**
135 **Santos**, Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA; e conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**,
136 Confederação Nacional de Indústria. **Coordenação:** conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
137 Presidente do CNS. A Presidente do CNS recuperou que, durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde
138 do Trabalhador e da Trabalhadora – 4ª CNSTT, foi aprovada nota contra o Projeto de Lei de Conversão
139 n. 18, de 2014, da Medida Provisória n. 656, de 2014, destacando inclusive que foi discutida com a
140 sociedade. Lembrou que, em janeiro de 2015, o Ministro da Saúde fez uma fala a respeito no CNS e o
141 Plenário decidiu pautar a discussão, assegurando contraditório. Disse que, além dos convidados, fez um
142 esforço para garantir a presença de representante do Legislativo, mas não foi possível. Professora **Lenir**
143 **Santos**, do IDISA, agradeceu o convite para tratar do tema ao mesmo momento que estreia como
144 conselheira titular no CNS, representando a Federação Brasileira das Federações de Síndrome de
145 Down. Explicou que atua na área há mais de 30 anos e, atualmente, preside a Fundação Síndrome de
146 Down em Campinas. Explicou que o Projeto de Lei de Conversão n. 18, de 2014, da Medida Provisória
147 n. 656, de 2014, foi votado no dia 17 de dezembro de 2014, causando grande surpresa a todos, e que
148 esse Projeto teve introdução em uma Medida Provisória que tratava de matéria financeira e tributária.
149 Ressaltou, inclusive, que uma medida provisória ou lei não pode tratar de inúmeros temas, como é o
150 caso da Lei nº. 13.079 e que o artigo 142 é o que causa maior preocupação porque altera a Lei nº.
151 8.080/90, permitindo a participação, direta ou indireta, de empresas ou de capital estrangeiro na
152 assistência à saúde nos casos que específica. Nesse sentido, o art. 143 do PL de conversão nº. 18
153 torna a vedação constitucional letra morta por admitir que o capital estrangeiro se instale em todas as
154 áreas compreendidas pela assistência à saúde. Salientou, ainda, que a lei viola a Constituição e
155 manifestou estranheza com essa posição do Congresso Nacional. Disse que a Constituição permitia
156 exceções e, para isso, seria necessário verificar se havia necessidade de se permitir a participação ou
157 não do capital estrangeiro. Ressaltou que o capital estrangeiro está ilegalmente na área da assistência à
158 saúde no Brasil. Frisou que o primeiro ponto é que a Lei viola profundamente a ordem jurídica e violará
159 inúmeros princípios do SUS. Ressaltou que não se deve aceitar essa iniciativa aprovada no final do ano
160 legislativo e destacou que a PEC 358 trouxe perdas no financiamento da saúde, a Lei abre para o
161 capital estrangeiro e a PEC 451 determina a obrigatoriedade dos empregadores oferecerem planos
162 privados de saúde para os empregados. Ressaltou que essas iniciativas apontam para que o SUS se
163 reduza a atender o pobre, ou seja, passaria a ser um sistema pobre para os pobres e mostrou-se
164 refratária a ideia de que se deve aceitar a justificativa de regularizar o que já é um fato. No seu modo de
165 ver, deve-se planejar e definir com responsabilidade onde é preciso o capital estrangeiro na assistência
166 à saúde e permitir tão somente naquilo onde especificamente é necessário. Disse que a Procuradoria
167 Geral da República, junto com entidades do movimento reforma sanitária, irão entrar com uma ADIn
168 porque a lei é inconstitucional. Além disso, ressaltou que é preciso conseguir uma liminar para evitar
169 que essa tentativa generalizada se consolide. Por fim, manifestou a sua satisfação por participar do
170 Conselho na condição de conselheira nacional. O Sub-Procurador Geral da República **Oswaldo José**
171 **Barbosa da Silva**, na condição de Presidente da AMPASA, falou sobre o posicionamento da
172 Associação a respeito do Projeto de Lei de Conversão nº. 18. Explicou que a AMPASA é uma pessoa
173 jurídica de direito privado que tem entre os objetivos promover a defesa do Direito à Saúde, notadamente o acesso às suas ações e serviços, garantidos na Constituição Federal e no ordenamento
174 jurídico nacional, velando pela sua plena implementação, bem como pela observância dos princípios e
175 diretrizes do Sistema Único de Saúde. Destacou que, em virtude da natureza do trabalho, a Associação
176 possui viés mais jurídico, mas está em contato com outras entidades da reforma sanitária brasileira para
177 manter-se informada e participar de movimentos da defesa do SUS. Lembrou que, no final de 2014, a
178 AMPASA foi surpreendida com uma MP que tratava de 29 assuntos distintos e o artigo 142 alterava o
179 art. 23 da Lei nº. 8.080/90. Destacou que a AMPASA percebeu imediatamente a inconstitucionalidade
180 do artigo porque a Constituição Federal veda a participação de empresas e capital estrangeiro na
181 assistência à saúde, salvo os casos previstos em Lei. Disse que essa excepcionalidade já fora exercida
182

183 de forma direta e indireta porque em 1998 foi editada lei que permitiu ao capital estrangeiro participar de
184 empresas operadoras de planos de saúde, mas na condição de seguradoras de saúde e não de
185 prestadores de serviços de saúde. Todavia, as empresas operadoras de planos de saúde costumam
186 construir os próprios hospitais e atuam na área de prestação de serviços de saúde. Destacou que as
187 empresas estrangeiras compraram ações e tornaram-se detentores da maioria acionária de algumas
188 operadoras de planos de saúde que possuíam hospitais e clínicas que prestavam ações e serviços de
189 saúde. Explicou que essa situação é ilegal e foi permitida pela Lei nº. 9.656/98. Detalhou que o Art. 142
190 determina que a Lei nº 8.080/90 passa a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 23. É permitida a
191 participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à
192 saúde nos seguintes casos: I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das
193 Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II – pessoas
194 jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico,
195 hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de
196 planejamento familiar; III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para
197 atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV –
198 demais casos previstos em legislação específica." Além disso, inclui o Art. 53-A, determinando que, na
199 qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas
200 desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e
201 produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por
202 imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. Frisou
203 que a Lei é técnica e juridicamente inconstitucional por quatro razões explicitadas em documento e, para
204 propositura de ADIn foram definidos três argumentos. Explicou que a Confederação Nacional dos
205 Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados entrou com ação e salientou que outras
206 possíveis ações serão agrupadas em uma só e distribuídas para um único ministro, o que possibilita
207 apresentação de argumentos diferentes em favor da tese da inconstitucionalidade. Reafirmou que a Lei
208 é inconstitucional porque transforma exceção em regra e trata-se de lei ordinária que desobedece lei
209 complementar (há uma lei complementar que determina que não se pode elaborar lei e colocar adendos
210 – a lei em questão trata de 29 assuntos distintos). Além disso, destacou que foi excluído parágrafo do
211 art. 142, assim, a iniciativa privada pode compreender que não está vinculada ao SUS. Lembrou que a
212 CF determina que a saúde é livre à iniciativa privada. Disse que a Associação tentaria levar a Ação ao
213 STF, todavia, o Supremo possuía quase 6 mil Ações para julgar. Destacou que seria necessária uma
214 liminar a fim de evitar que a Ação seja julgada, caracterizando a situação de fato consumo, o que
215 dificultaria desfazer a situação. Do ponto de vista político, disse que esse golpe ao apagar das luzes de
216 2014 está dentro de um conserto engendrado para a privatização de diversos serviços públicos, entre os
217 quais a saúde. Ressaltou que diversos artigos científicos e dissertações demonstram que os serviços
218 públicos vão aos locais onde a iniciativa privada não quer ir e garantem a saúde das populações que
219 não estão nos grandes centros. Há razões jurídicas para entrar com a ADIn e o Supremo, razões para
220 concessão da Ação. Destacou que o CNS precisa manter a posição contrária à privatização e torná-la
221 mais pública porque é importante para o posicionamento do Supremo. Conselheira **Maria do Socorro**
222 **de Souza**, Presidente do CNS, explicou que tentou garantir a presença de um representante do
223 Legislativo no debate, mas não foi possível por conta da agenda dos parlamentares. Também disse que
224 contatou o Ministério da Saúde e a avaliação é que o Ministro já havia se manifestado a respeito.
225 Conselheiro **Nelson Mussolini**, representante da CNI, iniciou sua fala destacando que não contestaria
226 as questões jurídicas apresentadas e aguardaria a manifestação do STF que é a corte que decidirá se a
227 lei fere ou não a CF. Disse que entendia os argumentos colocados e concordava com alguns, todavia,
228 avaliou que era preciso verificar se a entrada do capital estrangeiro pode contribuir para uma melhor
229 assistência à saúde. Disse, ainda, que representa uma entidade que tem empresas nacionais e
230 empresas multinacionais – destacou que, no passado, 70% dos medicamentos fabricados no Brasil
231 vinham de empresas multinacionais e 30% produzidos por empresas nacionais. Hoje, em razão de uma
232 regulamentação eficaz por parte da ANVISA, 55% da produção é feita por empresas nacionais e 45% de
233 empresas multinacionais, o que representa um grande desenvolvimento na área de medicamentos.
234 Nesse sentido, observou que o capital internacional está presente há muitos anos na saúde do Brasil
235 por meio da assistência farmacêutica e de seguros de saúde. Assim, discordou que o capital está
236 entrando no SUS agora e está enfraquecendo o Sistema. Ao contrário, o SUS, através das ações
237 adotadas, está cada vez mais forte. Estranhou que o CNS lute por mais recursos para a saúde e, diante
238 da possibilidade de trazer mais recursos, o Conselho se posicione contrário. Afirmou ser favorável à
239 entrada do capital estrangeiro na área hospitalar, mas entende que isso precisa ser feito através de uma
240 regulamentação efetiva. Destacou que as perguntas centrais do debate são: o capital internacional irá
241 trazer dano à sociedade brasileira? Irá melhorar a assistência ao usuário do SUS? Diante disso,
242 entendia que é preciso pensar em regulamentação que contribua para desenvolver o SUS e outras
243 áreas do país. Disse que o governo brasileiro não dispõe de recursos para desenvolver a saúde como
244 seria necessário e precisa da ajuda complementar do setor privado. Assim, no seu entendimento, é
245 preciso regulamentar como se dará essa participação. Finalizando, defendeu que o debate deve ser

246 despedido de ideologias e focado na análise e avaliação da participação do capital estrangeiro,
247 verificando se trará benefícios para a assistência ao usuário. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
248 Presidente do CNS, agradeceu a participação do conselheiro Mussolini na mesa, o que demonstra a
249 contribuição do setor privado nos debates. Explicou que o questionamento refere-se à participação do
250 capital estrangeiro nas ações e serviços de saúde. Também perguntou se a mesa concorda com a
251 interpretação de que há dois sistemas no Brasil - público e privado e se a entrada do capital estrangeiro
252 afetaria mais o setor privado ou também o setor público. Além disso, quis saber, em caso de regulação,
253 o que poderia ser feito. No mais, manifestou preocupação com a violação da Constituição Federal a
254 partir de ações legislativas sem amplo debate com a sociedade, sem transparência política e pública e
255 sem avaliar as consequências da aplicabilidade. Além disso, sentiu falta de uma posição crítica do
256 governo em relação às implicações da proposta. Considerando momento internacional em que
257 prevalece a ideologia universal, considerando o momento de ataques sistemáticos à Constituição com
258 consequências duvidosas, considerando a pauta permanente de financiamento para fortalecer o SUS,
259 considerando que não há regras aprimoradas, perguntou como se poderia levassem ainda mais a
260 inviabilização do SUS. Manifestou preocupação com as medidas que se distanciam da garantia de
261 financiamento público para sustentar o SUS. **Manifestações**. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
262 começou a sua fala destacando que a Constituição não prevê dois sistemas, mas apenas o SUS (art.
263 200). Também salientou que o debate refere-se à disputa de ideias, centrado na defesa do interesse
264 nacional ou não. Disse que a FENAFAR, filiada à Confederação Nacional dos Trabalhadores
265 Universitários, entrou com ADIn por entender que a proposta fere vários preceitos da Constituição e
266 propôs que o CNS participe da ação como *amicus curiae*. Observou que além de ferir a soberania
267 nacional, a entrada do capital estrangeiro não irá trazer benefícios, pois o capital busca mercado e,
268 sendo assim, a saúde como direito fica fragilizada. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** disse que a
269 Medida Provisória causou estranhamento porque desrespeita os preceitos da Constituição e traz riscos
270 para o SUS. Portanto, é preciso mobilização da sociedade contra essa proposta e em defesa do SUS –
271 público e universal, considerando, inclusive, o ano de realização da 15ª Conferência. Informou que em
272 Minas Gerais está sendo feita discussão com setores organizados da sociedade e é preciso debate
273 nacional a respeito. Lembrou que os documentos produzidos pela ABRASCO e pelo CEBES têm
274 contribuído para esse debate e será elaborado documento para ser levado à Plenária Regional da
275 Sudeste. Sendo assim, é preciso ter ações no Supremo Tribunal Federal e realizar mobilização social, a
276 fim de conseguir êxito e derrubar a proposta. Por fim, ressaltou que não se deve permitir uma medida
277 que estrangule o SUS, arduamente construído. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** falou
278 sobre as consequências da entrada do capital estrangeiro no processo de formação da saúde,
279 destacando que um dos principais empecilhos refere-se à privatização da saúde e da educação,
280 chamando a atenção para o fato do reflexo dessa privatização estar nas estruturas antidemocráticas
281 instauradas nas escolas, e, consequentemente, no processo de formação como um todo. Disse que a
282 entrada do capital estrangeiro representa a consolidação da privatização no país e, dessa forma, uma
283 atuação profissional extremamente hospitalocêntrica e assistencialista. Salientou, ainda, que não
284 entende a necessidade de buscar recursos externos quando mais 40% dos recursos internos são
285 direcionados a pagamento de dívida que não se sabe se é regular. Nesse sentido, perguntou se os
286 olhos não estão se voltando a interesses sem questionar e verificar para onde o orçamento vai de fato.
287 Frisou que o SUS precisa ser fortalecido, mas isso só pode acontecer quando se volta os olhos para o
288 povo brasileiro e para a saúde e não para a doença e lucro do sistema privado. Conselheira **Ana Maria**
289 **Costa** ressaltou a importância de debater no CNS a presença do capital estrangeiro e a relação
290 público/privado. Considerando que a presença do capital estrangeiro na saúde configura uma
291 ilegalidade, perguntou por que não foi feito nada até então para coibir essa iniciativa tão danosa ao
292 SUS. Avaliou que falta ideologia na esquerda em relação à saúde e afirmou que é preciso retomar o
293 papel do Estado na preservação do direito à saúde e que esperava que os governos populares
294 resgatassem o SUS como um sistema de natureza pública que se avançasse nos preceitos
295 constitucionais. Mas, ao contrário, o que se vê é uma redução do financiamento, carência de regulação
296 e incremento de subsídios a essa área. Afirmando que é hora de o governo decidir se quer ou não o direito
297 à saúde. A opção será pela mercantilização? Como abrir mão da regulação que já estava definida em lei
298 e foi descumprida? Salientou que se está assistindo de forma incrédula essa iniciativa ilegal e sem
299 garantia de que a regulamentação seja possível e terá benefícios. Destacou que a regulação precisa ser
300 retomada na sua base primeira – que são os artigos da Constituição e as leis regulam e preservam o
301 Brasil da presença perversa do capital. Conselheira **Clarice Baldotto** agradeceu os expositores pelas
302 apresentações elucidativas e lembrou que, na reunião passada, ao perguntar ao Ministro da Saúde por
303 que o governo aceitava a entrada do capital estrangeiro, ele se reportou à Lei nº. 9656 que, em sua
304 opinião, não tinha nenhuma relação com o que está ocorrendo. É, sim, um desconhecimento e afronta à
305 Lei nº. 8.080/90. Afirmando que o SUS está sendo sucateado por conta da privatização (OS, EBSERH),
306 que não traz nenhum benefício aos usuários do SUS muito menos resolutividade. Ressaltou que o
307 grande problema refere-se ao fato de a população não saber o que é o SUS e de a população precisar
308 recorrer à judicialização para garantir atendimento. Disse que é preciso retomar esse assunto nas

309 reuniões do CNS, a fim de acompanhar o desdobramento desse processo. Conselheira **Paula Jhons**
310 cumprimentou os expositores e salientou que a questão jurídica é aberta a muitas e depende também
311 da ideologia que está por trás. Identificou como a principal falácia no debate sobre saúde a afirmação de
312 que o governo brasileiro não dispõe de recursos. No seu entendimento, não se trata de falta de recursos
313 para financiar a saúde, mas sim de não priorização da saúde, sendo, em muitos casos, alocado
314 recursos ao setor privado e que deveriam ser destinados ao SUS. Nesse sentido, salientou que,
315 primeiro, deve-se lutar para acabar com o subsídio público para o sistema privado. Destacou que não é
316 contra o capitalismo, per si, mas sim contra concentração crescente de capital em pequenos grupos.
317 Também apontou como grande falácia a de que a livre iniciativa é o melhor modelo para lidar com a
318 saúde e citou, por exemplo, o modelo americano, muito valorizado pelos médicos brasileiros, e que não
319 atende a maioria das pessoas. Nessa perspectiva, ressaltou que se trata de um tema importante e que,
320 por isso, carece de um debate mais profundo, englobando todos os aspectos que possam comprometer
321 o SUS. **Ana Paula Menezes** disse que não se deteve aos aspectos jurídicos legais da lei, porque estes
322 foram direcionados ao STF para avaliação, mas concordou que alguns pontos levam à dupla
323 interpretação. Esclareceu que a Lei nº. 9.656/98 regulamentou questões referentes ao capital
324 estrangeiro para os planos privados de saúde e a Medida Provisória amplia itens dessa Lei, e, nesse
325 sentido, amplia também a participação desse capital para a assistência à saúde. Lembrou que desde da
326 década de 90 a abertura do capital estrangeiro se deu de maneira forte no país, com restrição na área
327 da saúde. Salientou que a posição do Ministério da Saúde deve ser bastante incisiva e questionou as
328 colocações de que o governo está privatizando a saúde. Assim, reafirmou o compromisso histórico com
329 a defesa do SUS e a ampliação da cobertura e acesso à atenção primária. Ressaltou, inclusive, que não
330 procede a afirmação de que o governo está investindo prioritariamente no setor privado, ao contrário,
331 está tentando ampliar o investimento no SUS, apesar de compreender a necessidade de novas fontes.
332 Por outro lado, observou que o CNS deve aprofundar o debate sobre a PEC nº. 451, porque fere
333 efetivamente o SUS no que diz respeito à universalidade do direito à saúde. Sobre a PEC nº. 358, disse
334 que os números não mostram que haverá perdas de recursos para a saúde em 2015 e não se sabe a
335 estimativa da receita corrente líquida para 2016. Por fim, lembrou que o MS reafirma o compromisso de
336 realizar seminário ou oficina com entidades para debater capital estrangeiro e formas de regulação do
337 mercado. Conselheiro **Renato Almeida de Barros** solicitou Questão de Ordem para que fosse incluído
338 um representante do governo na mesa, e, assim, o debate pudesse ser feito de forma mais abrangente.
339 Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que estendeu o convite ao governo para compor a
340 mesa, mas a posição foi que o Ministro da Saúde já havia se manifestado a respeito. Ressaltou que o
341 Plenário não esgotaria o debate naquele momento e o CNS analisaria o impacto da PEC nº. 358.
342 Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** interveio para esclarecer que o governo propôs a
343 realização de um seminário para aprofundar o debate do tema, com a participação de entidades e
344 movimentos. Além disso, lembrou que a pauta da reunião modificou várias vezes, o que prejudicou a
345 presença do governo na mesa. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** perguntou ao procurador se o CNS
346 poderia ou não entrar com a ADIn contra a Medida Provisória ou outra ação. Também quis saber o que
347 pode ser feito acerca da Resolução do CNS relativa à privatização – OS, EBSERH, fundações - não
348 homologada pelo Ministério da Saúde. **Retorno da mesa.** O Sub-Procurador Geral da República e
349 Presidente da AMPASA, **Oswaldo José Barbosa da Silva**, disse que há duas ações em tramitação no
350 STF - a relativa a OS está adiantada e a maioria dos votos proferidos são favoráveis e a referente a
351 EBSERH o procurador anterior entrou com representação. Também destacou que não é possível
352 resolver a situação com resolução porque não tem a mesma força de lei. Destacou que o Ministério da
353 Saúde tem sido parceiro do MPF, mas, no caso em questão, o MS cometeu um equívoco. Destacou que
354 a privatização está ocorrendo e o desmonte do SUS também e a justificativa é que SUS é ruim e o
355 privado mais eficiente. Também salientou que a grande mídia está trabalhando para orquestrar um
356 ataque ao SUS e acabar com a saúde pública do país. Afirmou que a AMPASA comprehende a situação
357 e o CNS existe para combater esse tipo de perfídia. Ressaltou que o governo é o primeiro que deve
358 respeitar a CF e que a exceção constitucional não pode virar regra. Por fim, desculpou-se por não
359 poder permanecer até o fim do debate. A seguir, a mesa abriu a palavra para os demais inscritos.
360 Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari** colocou as seguintes dúvidas: qual é a correlação da lei aprovada
361 e regulamentação? O que se espera como prioridade no que se refere à regulamentação? No texto do
362 art. 142, qual a correlação do processo com as filantrópicas? Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
363 destacou a importância de defender o preceito constitucional “saúde, direito de todos e dever do
364 Estado”, com defesa intransigente do SUS universal e igualitário. Destacou que o debate refere-se à
365 garantia do direito à saúde e a dificuldade do acesso, da qualidade e da humanização do atendimento.
366 Perguntou se as leis aprovadas têm força para questionar a Constituição Federal,
367 especialmente o § 3º do art. 199 e salientou que o Controle Social e a sociedade devem lutar para
368 reverter a situação em benefício do SUS igualitário, universal e integral para todos. Conselheiro **José**
369 **Eri de Medeiros** saudou a mesa e frisou que o CONASEMS defende o Sistema Único de Saúde e que,
370 na sua avaliação, a conjuntura é favorável do ponto de vista democrático, mas reconheceu que há
371 dificuldades para se avançar nesse debate, e um dos motivos é o afastamento do Congresso Nacional.

372 Citou, por exemplo, que a gestão é contra a judicialização e deseja resolver essas demandas antes do
373 processo judicial, todavia, em muitos casos, chega-se com atraso. Salientou que o CNS precisa definir
374 estratégia para enfrentar a situação e, no seu modo de ver, um dos caminhos é a aproximação com o
375 Congresso Nacional, sendo ativo do ponto de vista político. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**,
376 Presidente do CNS, lembrou que o Conselho tem feito vários movimentos no Congresso Nacional, mas
377 aquela Casa nem sempre está aberta para receber o controle social e debater as questões de interesse
378 da sociedade. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que houve equívoco nas
379 interpretações da legislação – a Lei 9656 permitia a participação do capital nos planos de saúde, mas
380 quando esses planos foram vendidos para o estrangeiro a lei aceitava que os hospitais ficassem de
381 posse dos planos estrangeiros. No caso da compra da Amil, abriu-se a porta para que os hospitais
382 ficassem de posse do capital estrangeiro, sendo essa iniciativa uma decisão do governo e não uma
383 aplicação da lei. Assim, considerou inapropriada a justificativa de que já existia capital estrangeiro nos
384 hospitais Concordou que houve fortalecimento do capital nacional na indústria farmacêutica, mas se
385 trata de uma exceção do quadro geral do país e resultado de uma política específica. Em contrapartida,
386 o capital estrangeiro na indústria e na educação avançou, ocorrendo à desnacionalização e o sustento à
387 iniciativa privada com o dinheiro público. Disse que o que se desenha é um avanço na investida dos
388 grandes hospitais privados brasileiros, o que considerou ser uma situação absurda e não uma estratégia
389 de desenvolvimento nacional. Conselheiro **Marco Antonio Gomes Pérez** lembrou o conceito de
390 privatização e, no que diz respeito à saúde pública, disse que não está acabado na CF/88, pois a Carta
391 define o SUS como universal e público e coloca de forma clara que a saúde é livre à iniciativa privada.
392 Salientou que a PEC descontrói as ideias ideológicas para o SUS durante os 20 anos de reforma
393 sanitária e, diante da gravidade da situação, defendeu a proposição de emenda de iniciativa popular
394 contra a proposta. Também destacou que o Brasil realiza pesquisas clínicas importantes desde o
395 começo do século XX, e que houve aumento dos ensaios clínicos farmacológicos nos hospitais para
396 testar novos medicamentos. Sobre a MP nº. 664, discordou da colocação de que privatiza a perícia
397 médica, ao contrário, permite que o SUS avalie a incapacidade dos trabalhadores que passam pelo
398 SUS. A propósito, colocou-se à disposição para debater o tema no CNS. Conselheiro **Abrahão Nunes**
399 **da Silva** avaliou que o povo está perdendo a autonomia do país e cada vez mais vulnerável à
400 intervenção do capital internacional. Também afirmou que foi o Congresso Nacional que virou as costas
401 para o povo brasileiro e não o povo para o Congresso. Destacou ainda que o governo deve assumir, de
402 fato, que quer privatizar, sendo essa atitude de muita irresponsabilidade porque deixa as pessoas
403 morrerem na fila por falta de atendimento. Conselheiro **Willen Heil e Silva**, interveio para reafirmar que
404 a situação é séria, até por que os planos de saúde são os maiores financiadores das campanhas dos
405 senadores e deputados e, nesse, caso, certamente, não se mostrariam refratários à privatização da
406 saúde. A propósito, sugeriu como encaminhamento que o CNS aprove uma moção de repúdio.
407 Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** demonstrou preocupação com o que está ocorrendo
408 no país e também com a direção que o debate estava tomando. Defendendo a manifestação
409 democrática e o direito ao contraditório, entendeu ser de muita responsabilidade a manifestação de
410 opiniões sobre o assunto e, nesse caso, disse que não se deveria recorrer às frases prontas para não
411 haver aproximação com tendências golpistas vigentes no país. Como percebeu que ainda havia dúvidas
412 que precisavam ser dirimidas, entendeu que o assunto devesse ser debatido em outro momento com
413 mais vagar e profundidade. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que há uma confusão
414 entre o que foi defendido na campanha e as medidas adotadas pós-campanha. Disse que essa situação
415 é um risco porque coloca a possibilidade de o governo da Presidente Dilma ser taxado como governo
416 que caminhou no sentido de privatizar a saúde e promoveu a perda de direitos trabalhistas (MPs 664 e
417 665). Para evitar que isso aconteça, destacou que o governo deve dialogar com a população e dar a
418 devida atenção ao debate sobre os planos privados de saúde no Brasil. Salientou, ainda, que nessa
419 área, não rara às vezes, os atendimentos são piores que aqueles feitos no SUS e mais que isso, esses
420 planos estão substituindo o SUS e não atuando de forma complementar como garante a legislação. Em
421 se permitindo a entrada do capital estrangeiro na área da saúde, a situação, no seu modo de ver, se
422 agravaria consideravelmente. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** destacou as contradições no
423 debate desse tema e ressaltou a necessidade de aprofundar a discussão no Pleno do CNS, com a
424 presença do governo para colocar a sua posição a respeito dada a relevância para a saúde pública e o
425 financiamento do SUS. Nesse sentido, propôs a realização de oficina ou seminário para abordar esse
426 assunto de forma mais profunda. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** discordou da afirmação de que o
427 governo não dispõe de recursos para garantir o direito à saúde, mas sim que não prioriza a saúde.
428 Ressaltou que o governo está privatizando a saúde e alocando recurso no setor privado. Lembrou que a
429 saúde privada deve ser complementar, mas o que ocorre é o contrário: o SUS é que passa a ser
430 complementar. Que se caminha para a cobertura universal saindo da universalidade do acesso e
431 direitos, que é a proposta da política de AIDS. Também manifestou sua insatisfação com a prática de
432 desqualificar o Conselho e o movimento social quando se manifestam contra posição do governo.
433 Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** disse que o estrangulamento e o subfinanciamento do SUS são
434 argumentos utilizados para justificar a entrada do capital privado. Destacou que, segundo artigo, o

435 investimento estrangeiro acentua as desigualdades de acesso ao sistema de saúde e prejudica os
436 países em desenvolvimento, como, por exemplo, a Índia e a Turquia, que vivenciam essa realidade
437 sem ter havido avanços para o sistema de saúde no sentido de ampliação do direito ao acesso. O que
438 ocorreu foi uma segregação ampliada com oferta de pacote de serviços na modalidade cobertura
439 universal. Ressaltou que esse modelo não se aplica à realidade do Brasil e é preciso lutar contra essa
440 iniciativa. Fez uma comparação com o que aconteceu com a educação – as grandes corporações
441 internacionais de ensino invadiram o país e hoje há uma “indústria da vaga”, sem responsabilidade com
442 a formação de qualidade, e sim com interesse no lucro. Ressaltou que, no caso da educação, houve
443 massificação e, no caso da saúde, haverá elitização. Por fim, solicitou maiores esclarecimentos sobre a
444 fala de que nos setores em que o país não avançou se justificaria a entrada do capital estrangeiro.
445 Conselheiro **Eni Carajá Filho** salientou que o debate deve ser conjuntural e avaliou que o que ocorre no
446 país é um ataque ao poder público e uma tentativa de acabar com as conquistas sociais alcançadas
447 com o SUS. Considerou a fala do governo emocional e sem a receptividade de um debate claro. Nessa
448 linha, defendeu um seminário e um pacto político, envolvendo as plenárias populares, para a defesa
449 intransigente da saúde pública e manifestação contra os aproveitadores e oportunistas. Conselheira
450 **Alessandra Ribeiro de Sousa** associou-se à opinião da maioria, dizendo que as investidas do setor
451 privado sobre o setor público de saúde é um acinte. Chamou, ainda, a atenção para o fato de que 70%
452 dos hospitais brasileiros estão na iniciativa privada, o que caracteriza a conformação de dois sistemas –
453 para os que podem e os que não podem pagar. Dessa forma, há dificuldade de se efetivar o SUS
454 conforme proposto na legislação e na vontade do povo brasileiro. Conselheira **Luciana Silveira**
455 **Bernardes** entendeu que toda a discussão que está sendo feita passa por uma ampla reforma política,
456 mas, dado perfil elitista e conservador do Congresso Nacional, dificilmente essa expectativa venha se
457 concretizar. Também falou a respeito da grande mídia, que é tendenciosa, e, pauta, na maioria das
458 vezes, apenas os interesses de grandes grupos. Conclamou ao CNS que debata a reforma política
459 focada nas grandes implicações da saúde. Apoiou a ideia de que sejam provocados debates em nível
460 nacional – SUS integral como direito do povo. Finalizando, disse que a regulação do capital deve ser
461 voltada tão somente para os interesses do povo e não ao mercado. **Retorno da mesa.** Conselheiro
462 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional de Indústria, defendeu o capital privado, com
463 regulamentação, controle e fiscalização porque, em seu ponto de vista e ao contrário do que se pensa,
464 pode trazer, sim, desenvolvimento na área da saúde. Para reafirmar a sua defesa, fez alusão às
465 pesquisas clínicas patrocinadas pelo capital privado e que contribuiu e contribui para o avanço da
466 saúde. Com certeza, o SUS se fortalecerá, quando houver consenso na forma de financiamento efetivo,
467 o que se justifica, vez que o país passa por problemas de poupança e há necessidade de mais recursos
468 para a saúde. Como o problema do financiamento é real, o capital privado, se bem regulado, pode ser
469 fonte de mais recursos para a saúde. **Lenir Santos**, Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA,
470 esclareceu que são de natureza pública todas as ações de saúde executada no país e, sendo assim, o
471 poder público tem o poder e o dever de realizar a devida regulamentação do setor público e privado no
472 tocante às ações de saúde. A propósito, disse que não entende EBSERH como privatização e, para que
473 não haja contradições inoportunas, faz-se necessário conceituar a natureza do serviço público em que o
474 setor privado pode entra. Explicando melhor, disse que existe apenas o sistema público de saúde, o
475 qual permite que o setor privado atue em determinados espaços, mas não de forma irrestrita. Logo,
476 enfatizou que não há um sistema privado de saúde. Há o Sistema Único de Saúde e o setor privado que
477 tem liberdade de atuar na forma complementar. Reconheceu que há profundos vícios legislativos, no
478 sentido de clarificar a participação do setor privado no sistema público de saúde. Na regulamentação do
479 setor privado deve ser vedada a participação do capital estrangeiro, com raras exceções. Sendo assim,
480 posicionou-se contraria a abertura da participação incondicional do capital estrangeiro na área da saúde.
481 Em seguida, a mesa abriu a palavra para encaminhamentos. **Deliberação:** após debate, o Plenário
482 decidiu elaborar recomendação com críticas e alertas sobre as implicações da abertura ao capital
483 estrangeiro para oferta de serviços à saúde. Foram indicados para redigir o texto: conselheiro **Ronald**
484 **Ferreira dos Santos**, conselheira **Lenir Santos** e conselheira **Ana Maria Costa**. O plenário decidiu
485 ainda realizar um seminário sobre “Financiamento da saúde e as relações pública e privada e seus
486 aspectos constitucionais”, como parte do processo de mobilização da 15ªConferência Nacional de
487 Saúde. Definido esse ponto, a reunião foi interrompida para o almoço. Retomando, a mesa foi
488 composta para o item 3 da pauta. **ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À**
489 **VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E A RESPONSABILIDADE DO SUS** - Apresentação: **Silvia**
490 **Maria Sampaio Camurça**, Articulação de Mulheres Brasileiras – AMB; **Maria Esther de Albuquerque**
491 **Vilela**, Coordenação Geral de Saúde das Mulheres; **Aparecida Gonçalves**, representando a Ministra de
492 Estado da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Eleonora Menicucci**; conselheira **Maria do**
493 **Espírito Santo Tavares dos Santos**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher –
494 CISMU. Coordenação: conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira
495 **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** destacou a importância de pautar o tema no CNS e
496 agradeceu a presença das convidadas. Em que pese à necessidade de avançar nas ações e políticas
497 da saúde da mulher, destacou iniciativas importantes nesse setor. Também destacou assinatura, pela

498 Presidente **Dilma Rousseff**, da 'Lei do Feminicídio'. A medida classifica como homicídio qualificado
499 aquele em que a mulher é assassinada por questões de gênero, e prevê penas mais severas (12 a 30
500 anos) do que o homicídio simples (de 6 a 20 anos). Também ressaltou a importância de realizar a II
501 Conferência Nacional de Saúde da Mulher para debater temas importantes. A primeira expositora foi
502 **Aparecida Gonçalves**, representando a Ministra de Estado da Secretaria de Políticas para as
503 Mulheres, Eleonora Menicucci, que fez uma abordagem geral sobre a Política de Enfrentamento à
504 Violência contra as Mulheres no Brasil. Primeiro, apontou os seguintes dados sobre violência contra as
505 Mulheres (Mapa da Violência 2012): o Brasil ocupa o 7º lugar (entre 84 países) com a maior taxa de
506 assassinatos de mulheres, sendo: 1º: El Salvador, 2º: Trinidad e Tobago, 3º : Guatemala, 4º : Rússia, 5º
507 : Colômbia e 6º: Belize. Acrescentou a estimativa de mais de 500 mil pessoas vítimas de estupro ao
508 ano (2014, IPEA), dos quais cerca de 10% são denunciados. Acrescentou que entre 2009-2011 a média
509 foi 5.600 mulheres assassinadas por ano (1 a cada 1h30), sendo a maioria morta por seu (ex)
510 companheiro, no local de residência, 54% tinham entre 20-39 anos. Na última década, houve aumento
511 de 17,2% no número de assassinatos de mulheres, contra 8,1% nos homicídios masculinos. No que se
512 refere à violência sexual, disse que 50.320 estupros foram registrados no país em 2013, em uma leve
513 oscilação no número de registros em relação a 2012, quando foram relatados 50.224 casos (2014,
514 Fórum Brasileiro de Segurança Pública). Explicou que a Central de Atendimento – Ligue 180 (balanço
515 2014) realizou 485.105 atendimentos, com a média de 40.425 atendimentos/mês e 1.348
516 atendimentos/dia. Dos 485.105 atendimentos, 52.957 corresponderam a relatos de violência: 27.369
517 relatos de violência física (51,68%), 16.846 relatos de violência psicológica (31,81%), 5.126 relatos de
518 violência moral (9,68%), 1.028 relatos de violência patrimonial (1,94%), 1.517 relatos de violência sexual
519 (2,86%), 931 relatos de cárcere privado (1,76%) e 140 relatos de tráfico de pessoas (0,26%). Em
520 relação à Política de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, destacou as seguintes iniciativas:
521 Diretrizes, Princípios e Orientações Nacionais para a Implementação das Ações de Enfrentamento à
522 Violência Contra as Mulheres; Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres;
523 Estratégia de Gestão para Articular as Ações de Enfrentamento à Violência com os Estado e Municípios
524 da Federação; Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Estratégia de Gestão
525 para Articular as Ações de Enfrentamento à Violência com os Estado e Municípios da Federação;
526 Programa mulher: viver sem violência. Explicou que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência
527 contra a mulher tem por objetivo estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção,
528 combate à violência contra as mulheres e de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação
529 de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.
530 Acrescentou que a Política prevê as seguintes ações: Prevenção - Ações Educativas e Culturais que
531 Interfiram nos padrões sexistas; Combate - Ações Punitivas e Cumprimento da Lei Maria da Penha (Lei
532 11.340/2006); Assistência - Fortalecimento da Rede de Atendimento e Capacitação de Agentes
533 Públicos; e Garantia de Direitos - Cumprimento da legislação nacional/internacional para o
534 empoderamento das mulheres. Detalhou que são eixos de ação do Pacto Nacional de Enfrentamento à
535 Violência contra as Mulheres (26 estados e Distrito Federal): 1) Garantia da Aplicabilidade da Lei Maria
536 da Penha – Lei nº 11.340/2006; 2) Ampliação e Fortalecimento da Rede de Serviços para as Mulheres
537 em Situação de Violência; 3) Garantia da Segurança Cidadã e Acesso à Justiça; 4) Garantia dos
538 Direitos Sexuais e Reprodutivos, Enfrentamento à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; 5)
539 Garantia da Autonomia das Mulheres em Situação de Violência e Ampliação de seus Direitos. Falou
540 sobre o Programa Mulher: viver sem violência, instituído pelo Decreto nº. 8.086/2013, explicando que o
541 objetivo é integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de
542 violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da
543 segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Detalhou também
544 os eixos do Programa: Casa da Mulher Brasileira; Ampliação da Central180; Organização e
545 Humanização do Atendimento à Violência Sexual; Centros nas regiões de Fronteira Seca; Campanhas
546 de Conscientização; Unidades Móveis para o Campo e Floresta. Falou sobre a Casa da Mulher
547 Brasileira, destacando que 26 unidades da federação (com exceção de Pernambuco) aderiram ao
548 Programa Mulher: Viver sem Violência, das quais 18 assinaram o termo de adesão por meio de ato
549 público. A 1ª Casa da Mulher Brasileira foi inaugurada em Campo Grande, em 03 de fevereiro de 2015 e
550 há obras em andamento em duas capitais: Brasília, Curitiba. A previsão é de entrega, até final de 2015,
551 de 12 Casas nas seguintes capitais: Campo Grande, Brasília, Curitiba, São Luís, Boa Vista, Fortaleza,
552 Salvador, Vitória, São Paulo, Rio Branco, Palmas, Maceió. Por fim, apresentou os desafios para saúde
553 no âmbito do Programa Mulher: Viver sem Violência: Integração da Casa da Mulher Brasileira com os
554 serviços de saúde; Integração da rede de saúde com as demais redes envolvidas no atendimento às
555 mulheres em situação de violência (segurança pública, assistência social e justiça); Necessidade de
556 construção do "panorama nacional de dados e informações sobre violência contra as mulheres"
557 (Integração dos dados da saúde (Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM e VIVA- Vigilância
558 Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências) com os demais sistemas de dados sobre violência
559 (Ligue 180, SINESP, Cadastro Nacional do Ministério Público); e Resistência dos profissionais de saúde
560 e dos serviços com a coleta de vestígios. **Maria Esther de Albuquerque Vilela**, Coordenação Geral de

561 Saúde das Mulheres, agradeceu o convite para participar do debate no CNS que no seu modo de ver, é
562 um espaço privilegiado para construção de um país mais cidadão e igualitário. Destacou que o 8 de
563 março é um dia de lutas porque ainda há conquistas a serem alcançadas. Fez um destaque à Política
564 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher pela importância, todavia, disse que é preciso avançar
565 na atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de violência. Salientou que a violência
566 contra a mulher envergonha uma nação e todos – homens e mulheres - deveriam lutar contra esse tipo
567 de situação. Disse que é preciso avançar na prevenção da violência, na identificação, no cuidado às
568 mulheres em situação de violência e no enfrentamento da impunidade. Ressaltou que tem sido feito
569 ações importantes para avançar no cuidado integral às mulheres em situação de violência sexual e que
570 o Ministério da Saúde, em atenção à Lei nº. 12.845/13, determina que todos os serviços devem atender
571 a mulher em situação de violência sexual. Além disso, destacou o Decreto nº. 7.958 preceituando que o
572 sistema de segurança, justiça e saúde devem se organizar e humanizar o atendimento, cabendo ao
573 SUS, em ação complementar à justiça, guardar informações sobre vestígios de violência sexual para
574 fins de criminalização do agressor. Ressaltou que nessa semana seria assinada portaria interministerial
575 que regulamenta a lei e o decreto, determinando que os serviços de saúde habilitados possam colher
576 vestígios de violência sexual para fins criminais. Com isso, todos os serviços de saúde devem fazer o
577 primeiro atendimento à mulher, assegurando acolhimento e encaminhamento para o serviço de
578 referência, a fim de receber o atendimento necessário (atendimento por equipe multiprofissional;
579 profilaxias para HIV, hepatites e outras DSTs, pílula de emergência (se assim desejar); e prevenção de
580 laceração; e coleta de vestígios (alguns locais). Salientou que hoje são 395 serviços de atenção às
581 pessoas em situação de violência sexual, sendo 129 hospitais de referência e 53 hospitais que declararam
582 ter serviço de interrupção da gravidez prevista em lei. No mais, disse que está sendo realizada
583 capacitação de 30 hospitais de ensino em atendimento à violência sexual e aborto legal, mas ainda é
584 preciso avançar no enfrentamento da violência doméstica. Destacou também que no Ligue 180 foi
585 incluído item relativo à tipificação sobre violência obstétrica, considerando o aumento desse tipo de
586 violência. Por fim, frisou que SPM e MS estão integrados para avançar no combate e na prevenção à
587 violência contra a mulher. **Silvia Maria Sampaio Camurça**, representante da AMB, iniciou a sua fala
588 dizendo da satisfação em participar de uma sessão do CNS dedicada ao dia da mulher, uma vez que é
589 um fórum importante para garantir os espaços de participação popular. Salientou que a violência não é
590 um fenômeno natural, mas sim um instrumento de dominação utilizado no sistema patriarcal para
591 disciplinar as mulheres, impor controle, desenvolver as relações de obediência e mando, além de
592 humilhar. Observou que a violência é exercida individualmente por homens e por grupos, e também
593 institucionalmente. Por essa razão, ainda não foi eliminada do Brasil e do mundo e renova-se e recria-
594 se, constituindo-se em um instrumento de domínio, controle, disciplinamento. Nessa perspectiva,
595 destacou a gravidade da situação hoje, conforme dados da SPM (2014): aumento de 50% das
596 denúncias de cárcere privado; aumento de 20% das doenças de violência sexual; aumento de 18% da
597 média de estupro. Em 43% das denúncias, a violência ocorria todos os dias, em 34% ocorria uma ou
598 duas vezes por semana, e todas as mulheres, independente de raça, faixa etária, orientação sexual,
599 correm risco de serem violentadas. Apesar desse quadro, disse que há avanços: 70% das denúncias
600 são feitas por mulheres vítimas; homens começam a denunciar violência contra a mulher; Lei Maria da
601 Penha; avanço nas políticas públicas e no debate cultural na sociedade. Em relação aos desafios,
602 apontou que o primeiro é tratar na 15ª Conferência Nacional de Saúde o problema do atendimento dos
603 agravos da violência. Ressaltou que a violência continuada leva a um conjunto de problemas de saúde -
604 processo profundo de depressão e alienação de si, perda de capacidade produtiva e de memória, apatia
605 e prejuízo à saúde mental – que precisam ser enfrentados como política geral. No caso dos agravantes
606 para a saúde, destacou as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, destacando,
607 inclusive, que, em desrespeito à lei, o Kit de profilaxia para casos de violência não é distribuído por
608 decisão do posto ou do profissional responsável pelo atendimento. Também salientou o desafio de
609 enfrentar a questão da laicidade do Estado reafirmando que as políticas de saúde precisam ser
610 orientadas por princípios republicanos e dos direitos humanos. Nessa perspectiva, apontou como
611 desafio a questão da política econômica que está relacionado com o avanço na privatização da saúde.
612 Chamou a atenção para a importância de enfrentar o racismo institucional, retomar a discussão da
613 política nacional de assistência integral, com enfrentamento das políticas familistas e da política de
614 terceirização, porque impede a continuidade das ações. Pontuou também como grande desafio tornar
615 efetiva a atenção humanizada ao aborto e ao aborto legal. O aborto mal tratado e o mau atendimento é
616 a quarta causa de morte materna no Brasil. Destacou que há uma tentativa no Congresso Nacional de
617 criminalizar ainda mais o aborto nos Estados e de colocar a leitura humanística da problemática das
618 mulheres em segundo plano. Ressaltou que essa é uma das questões que o CNS precisa comprometer-
619 se e tratar na 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Intervenções.** Conselheiro **Carlos Eduardo Ferrari**
620 agradeceu as expositoras pelas falas e cumprimentou as mulheres pelo dia internacional da mulher.
621 Manifestou preocupação com a Casa da Mulher Brasileira por entender que vai contra o processo que
622 estava sendo consolidado com os CREAS, no âmbito da assistência social. Sobre o aborto, disse que
623 não se consegue avançar nesse debate mesmo em um governo popular e perguntou quando o Estado

624 Brasileiro terá a coragem de enfrentar essa discussão. Por fim, sugeriu o tema “saúde da mulher” nas
625 pautas das reuniões do CNS por entender que há muito que avançar. Conselheira **Ana Maria Costa**
626 destacou a importância de debater no CNS o tema da violência contra a mulher e salientou que o
627 assunto deve fazer parte dos processos de capacitação, de decisão no campo da saúde e seja debatido
628 em todos os conselhos de saúde e na 15ª Conferência. Também ressaltou que o Brasil não pode
629 continuar com a ilegalidade do aborto, levando as mulheres a viver uma solitária e clandestina condição
630 que coloca em risco suas vidas e sua dignidade como cidadã. Frisou que é preciso criar hegemonia na
631 sociedade favorável à legalização do aborto, devendo esse ser um tema de debate da 15ª Conferência,
632 considerando tratar-se de um debate essencial para as mulheres e para a democracia nacional.
633 Conselheira **Kátia Maria Souto** destacou que as diferentes formas de expressão da violência
634 configuram-se em instrumento forte de dominação que se expressa de diferentes formas. A violência
635 contra a mulher soma-se a outras diferenças não respeitadas que se transformam em discriminação
636 com peso maior – mulheres negras, mulheres lésbicas, mulheres transexuais, mulheres do campo...
637 Salientou que a Política se expressa em diferentes espaços, para além do campo da saúde física e
638 psicológica, em função da estrutura patriarcal e da concepção de sociedade e de projeto emancipatório,
639 discriminatório e opressor. Nessa linha, observou que o Estado laico e os direitos humanos devem
640 participar desse debate. Conselheira **Marisa Furia Silva** manifestou-se para dizer que é preciso realizar
641 levantamento de mulheres com deficiência que são vítimas de violência sexual, violência física, inclusive
642 para servir de subsídio na definição de políticas. Conselheira **Patricia Augusta Alves Novo** chamou a
643 atenção para a complexidade do tema da violência acerca da situação demencial – idoso com demência
644 e cuidador do idoso com demência – que irá aumentar em decorrência do aumento da expectativa de
645 vida da população brasileira. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** registrou que houve
646 avanços, mas ainda há muito para avançar, por isso, deve-se continuar a luta pelos direitos das
647 mulheres. Também ressaltou a importância de revisar o protocolo para assegurar que mulheres com
648 menos de 50 anos realizem a mamografia haja vista o número casos de mulheres com câncer de mama
649 avançado nessa faixa etária. Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** falou da importância de pautar esse
650 tema no CNS em razão dos altos índices de violência contra a mulher. Chamou a atenção para o
651 aumento da violência contra adolescentes e jovens, com banalização desse processo. Ressaltou as
652 dificuldades enfrentadas pelas mulheres de rua para receber atendimento no caso de ter sofrido
653 violência, e que a relação entre mortalidade materna e nascidos é maior entre as mulheres indígenas,
654 seguida das mulheres negras, mas, quantitativamente, é maior entre as mulheres negras, sendo difícil
655 fazer com que isso apareça nos inúmeros espaços. Esses dados não aparecem nos relatórios da gestão
656 porque não é feito identificação do quesito raça/cor. Esse recorte é essencial para pensar nos
657 investimentos na saúde nos diversos espaços, a fim de garantir o direito das mulheres de terem acesso
658 à saúde. Também lembrou que o plano nacional de feminização da AIDS foi encerrado e não houve
659 retorno sobre esse processo no país. Frisou que as mulheres são cada vez mais infectadas pelo vírus
660 HIV e sem a garantia de assistência qualificada. Por fim, disse que será realizada a marcha das
661 mulheres negras em 18 de novembro de 2015 com o tema “Contra o racismo, contra a violência e pelo
662 bem viver”. Conselheira **Denise de Freitas** salientou que poucas escolas médicas abordam o tema da
663 violência contra a mulher e os profissionais médicos não são treinados para o atendimento desses
664 casos. Por essa razão, é de suma importância que o CNS aborde essa temática. Para além da violência
665 sexual e física, destacou o problema do assédio moral enfrentado pelas mulheres que também não é
666 abordado pelas escolas médicas. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** cumprimentou as
667 integrantes da mesa pela qualidade das exposições e pela história de militante de cada uma delas.
668 Destacou o problema da mortalidade materna por causas evitáveis e da morte por aborto, para destacar
669 que a maioria das mulheres acometidas são negras, porque o Brasil é racista e as bases das relações
670 são também racistas. Ressaltou a perspectiva das mulheres lésbicas e bissexuais destacando o
671 “estupro corretivo para aprender a ser mulher”, falta de acesso ao direito à maternidade, negação à
672 violência que sofre as mulheres transexuais. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a mesa
673 pela riqueza das explanações e avaliou que, em que pese os avanços, muito mais se precisa avançar.
674 Sugeriu que, nas conferências, seja pautado debate sobre questões da base e que sejam realizadas
675 oficinas para aprofundar o tema. Destacou também a disposição das entidades para auxiliar nesses
676 processos e levar a discussão onde os profissionais se encontram. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
677 salientou que as pessoas ainda não têm atendimento, acolhimento e atenção devida e apelou para que
678 seja assegurado às mulheres, especialmente as idosas, o atendimento necessário e com qualidade.
679 Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** ressaltou a importância desse debate no CNS e
680 perguntou se há levantamento estatístico de dados sobre violência sexual e doméstica. Também
681 perguntou se foi adotada medida em relação às unidades de saúde que não distribuem os Kits,
682 chamando a atenção para o fato de que os dados da notificação podem servir de subsídio para debate,
683 inclusive, na 15ª Conferência. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** saudou a mesa e salientou que as
684 expositoras apresentaram informações para orientar os debates e a definição de políticas. A respeito da
685 Lei do Feminicídio, considerou um avanço, mas há desafios para sua implementação. Lembrou,
686 inclusive, que o Brasil é o 7º país com maior número de mortes de mulheres. Nessa linha, lembrou que

é preciso preparar as pessoas para mudança de mentalidade desde o processo de formação dos profissionais de saúde. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** informou que estava acontecendo uma reunião da ONU sobre o estado das mulheres e uma das questões colocadas refere-se à dificuldade da implementação de ações e não priorização, pelo governo, de medidas que atuem na violência contra as mulheres. Explicou que essa discussão é complexa e informou que disponibilizaria o documento a esse respeito para que o CNS apoiasse. Também ressaltou a importância de discutir as ações da Política de AIDS voltadas às mulheres, dado o número significativo de mulheres atingidas pelo HIV e de mortes em decorrência dessa doença. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** disse que é preciso envolver os homens na luta pela garantia dos direitos das mulheres, a fim de fortalecer esse movimento. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** destacou que se faz necessário discutir as violências contra a mulher praticadas no SUS, como a negligência em relação ao aborto, falta de acesso ao pré-natal, número alto de cesáreas, realização de episiotomia desnecessária. Ainda em relação a casos de violência, disse que estudantes violentadas em festas de Medicina da USP, ao procurar atendimento médico, foram orientadas a não denunciar. Além disso, é preciso avançar no debate sobre a saúde integral da mulher, para além da saúde reprodutiva e lembrou que o SUS possui papel de empoderamento das mulheres. Conselheira **Luciana Silveira Bernardes** chamou a atenção para o machismo que é uma violência contra a mulher e destacou que, conforme as expositoras, onde há serviços especializados, há redução do número de violência e assassinatos. Citou que no Espírito Santo, de janeiro a março de 2015, foram assassinadas 30 mulheres e, diante dessa situação, seria preciso questionar o Estado sobre a devolução de recursos das políticas públicas. Também destacou as mulheres idosas e deficientes que são brutalmente violentadas pela questão das suas fragilidades e o governo precisa olhar para esse grupo. Salientou ainda a importância de divulgar informações sobre os locais onde é realizado o aborto legal. Registrhou ainda a posição das entidades contra o PL nº. 478 porque representa um retrocesso na legislação brasileira. Ainda que haja a violência contra as mulheres, disse que é preciso reconhecer os avanços com políticas, programas e projetos em defesa dos direitos das mulheres. Por fim, falou que movimentos precisam ser fortalecidos para que as mulheres participem dos espaços de decisão. A representante da Coordenação de Plenária de Conselhos/SC, **Clarinda da Luz**, chamou a atenção para a necessidade de se atuar na formação da família e trabalhar o desenvolvimento econômico social. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** avaliou que se vive um momento da “banalização do mal” e “cultura da intolerância” e que instituições e representações de governo precisam reagir contra os casos emblemáticos. **Retorno da mesa**. A representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Aparecida Gonçalves**, explicou que a proposta da Casa da Mulher Brasileira é garantir serviços especializados em um mesmo espaço, assegurando com mais celeridade o atendimento às mulheres, principalmente nos casos de urgência e emergência. Destacou que é preciso fortalecer os serviços especializados e garantir também o atendimento nos serviços não especializados, e que o Estado, ao definir políticas públicas, ao prever legislação mais forte e ao estabelecer diretrizes, contribui para o aumento das denúncias. Avaliou que, ao longo das últimas décadas, houve uma transformação da cultura do que é a violência contra as mulheres e é preciso posicionar-se a respeito. Disse que é preciso lutar por respeito às mulheres a fim de evitar violência e morte em todos os locais – na rua, no trabalho e em outros espaços. Que se deve priorizar o debate, na 15ª Conferência, sobre violência contra as mulheres, misoginia, ódio... Destacou que é preciso trabalhar na perspectiva da construção do debate político e de uma democracia forte. **Maria Esther de Albuquerque Vilela**, Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, agradeceu as contribuições e avaliou que se vive em uma sociedade violenta para as mulheres, com aumento dos estupros e dos feminicídios. Disse que assusta o silêncio acerca dessa situação, o que demonstra o desafio a ser enfrentado e chamou a atenção para o fato de que as informações sobre os serviços de atenção à violência são públicas, inclusive, informando os 59 serviços que realizam o aborto previsto em lei. Também disse que, além da notificação compulsória, é possível verificar, no DATASUS, os serviços que atenderam as pessoas em situação de violência sexual. Reconheceu, entretanto, que há subnotificação, e que é um desafio incluir o tema das relações de gênero nas escolas médicas, sendo preciso assegurar o direito das pessoas ao acesso tal com a legislação prevê. **Silvia Maria Sampaio Camurça**, representante da AMB, na sua fala, fez um destaque ao papel da mídia na banalização da violência e, lembrou dos radialistas e parlamentares que exploram a violência. Além disso, colocou a discussão do papel dos canais públicos de rádio e TV para reverter a situação de banalização da violência. Incluiu também na sua fala o papel de aconselhamento às famílias, no sentido de que se tenha muito cuidado, porque a “paz” não pode ser construída a partir de ideia autoritária da figura masculina e nem na linha de que o casal seja obrigado a continuar junto. Ainda, no que se refere à violência, destacou que a decisão da mulher de denunciar é uma decisão de respeito à vida humana e à família. E, ao decidir não levar adiante uma gravidez indesejada decorrente de violência, trata-se de uma decisão ética e responsável, sendo, por isso, necessário reconhecer o cuidado histórico da mulher com a família e a capacidade ética em tomar decisão. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** fez uma síntese dos encaminhamentos que emergiram do debate. Conselheira **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos** (“Santinha”) propôs a aprovação de uma carta de apoio do CNS à lei do

feminicídio, dada a importância dessa iniciativa. Além disso, manifestou sua preocupação com altos índices de mortalidade materna em decorrência do aborto e lamentou que apenas 60 serviços/maternidades realizem o aborto legal. Nesse sentido, defendeu a proposta, já apresentada no CNS, de que todo o SUS possa atender e realizar caso de aborto legal, incluindo os serviços conveniados ao SUS e os hospitais das universidades. Avaliou que o CNS deve manifestar-se a respeito e apoiar essa proposta. **Deliberação: incluir o tema “enfrentamento à violência contra as mulheres e a responsabilidade do SUS” na pauta da 15ª Conferência e nas plenárias regionais; definir o tema “saúde da mulher”, nas suas diversas dimensões, como pauta permanente do CNS (saúde da mulher idosa, com deficiência, indígena, entre outras); pautar debate sobre o aborto no CNS com a finalidade de aprovar posição a respeito desse assunto; debater nas plenárias regionais formas de preparar os estados e municípios para acompanhar as denúncias de violência contra a mulher; posicionar-se contra o PL nº. 478; indicar à CISMU/CNS que convide a Comissão Mista de Combate à Violência contra a Mulher para sintonizar a agenda de debate entre as duas Comissões.** **ITEM 4 – HOMENAGEM A EX-CONSELHEIRA LURDINHA RODRIGUES** - O Plenário do CNS fez uma homenagem à ex-conselheira do CNS, Maria de Lourdes Rodrigues (“Lurdinha”) falecida no dia 14 de fevereiro de 2015, em um acidente de carro, junto com outras duas militantes feministas. Suas posições na Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República coroavam suas trajetórias de luta pelos ideais feministas de igualdade e justiça para todas, contra o machismo, a opressão, o racismo e a lesbofobia. Lurdinha era uma dessas mulheres que acreditava que outro mundo é possível. Vinha de uma trajetória política marcada por grandes, importantes e inestimáveis contribuições políticas para diversas lutas. Uma pessoa polêmica, uma pessoa inesquecível, uma liderança marcante, uma mulher de jeito cearense e sedutor. Uma militante/ativista proativa e determinada que não mediou esforços para levar adiante todas questões de lutas, pautando-as com a garra de uma feminista e a sensibilidade de uma socióloga, amante e guerreira. Lurdinha estava exercendo o cargo de Coordenadora Geral da Diversidade Sexual na Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República. Militante desde a juventude no Movimento Sindical, quando trabalhava na indústria têxtil, dedicou-se às causas dos Direitos Humanos, ao Feminismo e ao Movimento Lésbico. Atuou no Conselho Nacional de Saúde e lutou pela Democratização da Mídia. Mas foi no movimento lésbico-feminista que Lurdinha, sem deixar de lado suas contradições, melhor expressou sua ousadia. Por tudo isso, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, reconheceu o legado e homenageia a socióloga Maria de Lourdes Alves Rodrigues pela sua contribuição na construção e fortalecimento da saúde pública no Brasil. Após a homenagem, a mesa interrompeu para o lanche. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN** - **Apresentação: Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador da COFIN/CNS. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia** mostrou o quadro resumo das ressalvas apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde aos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde no período 2008 a 2013. Disse que a intenção é garantir que esse elemento possibilite acompanhamento mais sistemático. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que as observações e ressalvas do quadro é objeto do debate das comissões e o objetivo da COFIN foi disponibilizar um instrumento para que os conselheiros acompanhem as providências do Ministério da Saúde em relação às ressalvas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** lembrou que, nos últimos anos, o CNS aprovou os Relatórios com ressalvas e perguntou se o MS se manifestara a esse respeito. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que a COFIN sistematizou as ressalvas do Conselho e os conselheiros devem cobrar os desdobramentos das áreas técnicas. Conselheiro **Clóvis Boufleur** chamou a atenção para a dificuldade desse encaminhamento, porque as comissões se reuniram muito pouco em 2015 por conta do processo preparatório da 15ª Conferência. **Após considerações, o Plenário decidiu que a COFIN, por meio da Secretaria Executiva do CNS, solicitará posicionamento ao Ministério da Saúde, até a reunião ordinária do CNS do mês de abril, a respeito das ressalvas apresentadas pelo CNS aos RAGs do Ministério. Após a resposta, as comissões acompanharão o processo. O quadro de ressalvas do CNS deverá ser encaminhado à Secretaria do Ministério da Saúde a fim de que mobilize as Secretarias para responder aos questionamentos do Conselho.** Seguindo, o assessor da COFIN apresentou a análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde - janeiro-dezembro/2014 (fechado) e 3º Quadrimestre/2014 (acumulado). Primeiro, apresentou a Base Legal para análise: Constituição Federal; Lei 8.080/90; Lei 8.142/90; Lei Complementar nº. 141/2012; Lei nº. 4320/64; Lei Complementar nº. 101/2000; e Lei Complementar nº. 131/2009. Em relação ao processo de planejamento, execução orçamentária e prestação de contas, explicou que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) avalia e/ou delibera sobre: Plano de Saúde (PNS); Programação Anual de Saúde (PAS); Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RPCQ); e Relatório de Gestão (RG). A respeito do Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RPCQ), informou que as planilhas foram entregues antes de 26/02/2015; a planilha revisada entregue em

813 27/02/2015; e o prazo legal entrega do RPCQ/3: 28/02/2015. No que se refere a Ações e Serviços
814 Públicos de Saúde - Despesas Inválidas, destacou o artigo 4º que excluiu os gastos com: assistência
815 médica a servidores para o cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde, considerando o disposto no inciso III; a parte das despesas referentes à farmácia popular decorrente dos pagamentos efetuados pelos usuários, considerando o disposto no inciso X; e outras despesas financiadas com recursos próprios vinculados, como por exemplo, DPVAT no caso da União, considerando o disposto no inciso X. Ressaltou ainda que o inciso V considera o entendimento expresso na Resolução 322/2003 do CNS no que se refere à exclusão das ações financiadas com taxas, tarifas ou preços públicos para esse fim. Falou sobre a aplicação mínima ASPS 2014 - parâmetros e aplicação (revisão SPO MS entregue reunião 27/2/2015): a) PIB a preços correntes (em R\$ Bilhões) 4.392,09 (2012) e 4.844,82 (2013 - Rev) - variação: 10,308%; b) Base de cálculo Piso 2014: Variação PIB NOMINAL X EMPENHO 2013 (em R\$ 1,00) - Fator Variação PIB: 1,10308, 83.053.255.549, Base de cálculo: 91.614.259.623; c) PIB – mínimo x empenhado: Piso: 91.614.259.623, RP Cancelados em 2013: 1.305.666.573, Total (PISO+RPC): 92.919.926.196; Empenhado (Revisto MS): 92.243.191.171; Acima do Piso: +628.931.548, Abaixo do Piso+RPC (-676.735.025). Sobre as emendas parlamentares artigo 52 da LDO/2014 - parâmetros e aplicação, destacou: 2014 - Receita Corrente Líquida: R\$ 641,58 Bilhões; Base de cálculo: RCL X 0,6% = R\$ 3,850 Bilhões 2014; Empenhado: R\$ 2,917 Bilhões (2013: 0,899 Bilhões). A respeito do contingenciamento ASPS (Decreto 8.197/2014), salientou: 1) Pessoal – não teve; 2) OCC – dotação atualizada: 88.542,8; Dotação Disponível para Empenho: 83.053,2; Contingenciamento: 5.489,6. Sobre o Orçamento do Ministério da Saúde - Dotação Inicial e Atualizada e Saldo Orçamentário (Janeiro-Dezembro/2014), ressaltou: Ações e Serviços de Saúde - dotação inicial (A): 95.739.443.014; DOTAÇÃO ATUALIZADA (B): 97.932.046.073; Diferença: 2.192.603.059; Variação (D=C/A): 2,29%; Saldo Orçamentário (E): 5.688.854.902; Relação (E)/(B): 5,81%. Sobre a execução orçamentaria do Ministério da Saúde, disse que a situação é a seguinte: Ações e Serviços de Saúde - DOTAÇÃO ATUALIZADA (A): 97.932.046.073; EMPENHADO (B): 92.243.191.171; LIQUIDADO: Não disponível; PAGO (D): 85.108.282.921; saldo a pagar - inscrição em Restos a Pagar: 7.134.908.250. Destacou que o nível de empenhamento em dezembro de 2015 foi de 94,1% e o saldo a pagar de 7,7% (a maior parte dos Restos a Pagar refere-se à Funasa e FNS). Ressaltou que é preciso acompanhar a execução em 2015. Sobre a Metodologia de Cálculo da Aplicação Mínima e para os Restos a Pagar Cancelados, explicou que o caput do artigo 24 e seus incisos I e II estabeleceu que o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços de saúde considerará as despesas empenhadas, liquidadas ou não no exercício. Assim as despesas empenhadas e não liquidadas no exercício, a serem inscritas em restos a pagar, serão consideradas até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, desde que consolidadas no respectivo Fundo de Saúde. No caso de cancelamento ou prescrição dos Restos a Pagar, deverá ocorrer compensação no exercício seguinte por meio de consignação em dotação orçamentária específica, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º. Feita essa contextualização, apresentou a Análise da Execução Orçamentária e Financeira - Ações e Serviços Públicos de Saúde por itens, unidades, programas e ações. Para análise, foram considerados os seguintes critérios: adequado – nível de empenhamento: $x \geq 98\%$ e nível de liquidação: $x \geq 90\%$; regular - nível de empenhamento: $90\% < x < 98\%$ e nível de liquidação: $82\% < x < 90\%$; e inadequado - nível de empenhamento: $x \leq 90\%$ e nível de liquidação: $x \leq 82\%$. Com base nesses parâmetros, explicou que dos 79 itens: 28 itens foram considerados adequados - 35,5%; 20 regulares - 25,3%; e 31 inadequados - 39,2%. Por fim, apresentou solicitação preliminar de esclarecimentos (com o objetivo de definir a posterior indicação de medidas corretivas prevista pela LC 141): 1- Por que a diferença entre o valor obrigatório de aplicação das emendas individuais e o valor empenhado, que totalizou R\$ 1,5 bilhão, não foi alocada para outras necessidades de execução orçamentária da "Programação Própria" do MS para Ações e Serviços Públicos de Saúde?; 2- Quais foram as programações do MS afetadas pela execução orçamentária (empenho) das emendas individuais no valor de R\$ 2,9 bilhões (quase 3 vezes maior que média de R\$ 1,0 bilhão do período 2009-2013), considerando que foi mantida a lógica de aplicação do "PISO=TETO"?; 3- Quais foram as programações mais afetadas com o contingenciamento de mais de R\$ 2,0 bilhões alocados na Lei Orçamentária como sendo "Programação Própria" do MS para Ações e Serviços Públicos de Saúde?; 4- Para alguns itens da Média e Alta Complexidade e da Atenção Básica que tiveram um nível de empenhamento adequado, os valores alocados foram suficientes para atender às necessidades, especialmente para as transferências para os Estados e Municípios?; 5- Além do contingenciamento estabelecido pelo Decreto nº 8197/2014, o que mais explica o baixo nível de empenhamento detectado para 31 itens de despesas e a insuficiência de recursos financeiros para atender às necessidades das transferências para Estados e Municípios?; e 6- Por que não foram compensados em 2014 como empenho adicional ao mínimo todos os valores de Restos a Pagar cancelados em 2013, conforme determina a LC141? Após a apresentação, foram levantadas as seguintes questões: é preciso definir encaminhamento a respeito da execução orçamentária da FUNASA, pois a má execução é recorrente; preocupação com o baixo índice de execução orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena; elogios à metodologia adotada para análise da execução orçamentária e apresentação da análise; é importante esclarecer os motivos dos níveis de

876 empenho inadequados e regulares de todas as secretarias do MS e avaliar as consequências para as
877 condições de saúde da população. Registradas as considerações do Pleno, a mesa procedeu aos
878 encaminhamentos. **Deliberação: os conselheiros aprovaram o encaminhamento da COFIN de**
879 **solicitar esclarecimentos ao MS (conforme lista apresentada pela Comissão) e adicionaram mais**
880 **três itens para esclarecimentos: 7 - Quais são as medidas que o MS adotará para resolver o baixo**
881 **índice de execução orçamentária da FUNASA, bem como o elevado saldo a pagar de Restos a**
882 **Pagar? O que deixou de ser realizado por causa disso e quais foram as consequências para as**
883 **condições de saúde da população?; 8 - Quais são as medidas que o MS adotará para resolver o**
884 **baixo índice de execução orçamentária da Secretaria de Saúde Indígena? O que deixou de ser**
885 **realizado por causa disto e quais foram às consequências para as condições de saúde da**
886 **população?; e 9 - Quais são as explicações para os níveis de empenho inadequados e regulares**
887 **de todas as secretarias do MS? O que deixou de ser realizado e quais foram as consequências**
888 **para as condições de saúde da população? Além disso, os conselheiros, dada a relevância do**
889 **tema para a execução da política de saúde, solicitaram à Mesa Diretora do CNS que programe as**
890 **pautas das próximas reuniões do Pleno do CNS de modo que o tema do orçamento e**
891 **financiamento do SUS, sob a responsabilidade da COFIN/CNS, seja o primeiro ponto de debate**
892 **do primeiro ou do segundo dia da reunião.** Definido esse ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de
893 reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:
894 xxxxxx
895
896

897 Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta e aberta a palavra para o item 7 informes e
898 indicações. **ITEM 6 – INDICAÇÕES E INFORMES –** Coordenação: conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,
899 da Mesa Diretora do CNS. **1) Carta das Juventudes ao Jovem povo Brasileiro** – elaborada durante o
900 “Seminário Educação, Saúde e Desenvolvimento: A juventude por mudanças na saúde do Brasil para
901 cuidar bem das pessoas”, realizado em uma parceria entre a União Nacional dos Estudantes – UNE e a
902 Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG, durante a 9ª Bienal de Arte e Cultura da UNE.
903 Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** informou que durante a 9ª Bienal de Arte e Cultura da União
904 Nacional dos Estudantes (UNE), ocorreu o “Seminário Educação, Saúde e Desenvolvimento: A
905 juventude por mudanças na saúde do Brasil para cuidar bem das pessoas”, realizado em uma parceria
906 entre UNE e a Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG) e idealizado pelo Fórum Nacional de
907 Pós-Graduandos em Saúde (FNPGS) da ANPG e pelas lideranças ligadas a saúde da UNE. O evento
908 contou com cerca de 300 jovens que representam as pluralidades da população brasileira. O seminário
909 foi realizado em duas manhãs, sendo a primeira de um amplo debate com a participação do Ministério
910 da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva
911 (ABRASCO) e do público presente. Já na segunda manhã foram realizados quatro grupos de trabalho
912 com os seguintes temas: Direito à saúde com ampliação do acesso e atendimento de qualidade;
913 Financiamento adequado do SUS; Valorização do Trabalho e Educação em Saúde, Ciência, Tecnologia
914 e Inovação no SUS; Fortalecimento da participação e controle social na saúde. O Objetivo deste
915 seminário foi produzir a carta a ser disseminada a toda juventude do país. A intenção é que os ecos das
916 vozes do Brasil presentes no debate cheguem aos Centros Acadêmicos, Diretórios Centrais Estudantis,
917 Executivas de Cursos, Associações de Pós-Graduandos e a toda a sociedade jovem organizada deste
918 país continental que luta por um Sistema Único de Saúde Público, Equânime e Universal. Além disso,
919 incentivar os jovens a participar das etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde que ocorrerão a
920 partir de março nas Plenárias Populares Regionais, seguidas das Conferências Municipais, Estaduais,
921 até culminarem entre os dias 23 e 26 de novembro na Conferência Nacional. **2) Reunião do Comitê**
922 **Técnico de Saúde da População Negra** – realizada de 25 a 27 de fevereiro de 2015. Conselheira
923 **Michely Ribeiro da Silva** destacou o alto índice de morte de jovens negros e salientou a importância de
924 envolver a população no debate desse tema que engloba situações de âmbito regional, com impacto
925 nacional. **3) Comissão de Saúde da Pessoa Idosa** – solicita apoio à realização de pesquisa que será
926 realizada pelo MDS e MS sobre o número de instituições de longa permanência e número de pessoas
927 abrigadas. Apresentação: conselheiro **Geraldo Adão Santos**. O texto será lido posteriormente para
928 deliberação. **4) Cartilha sobre prevenção de câncer de mama - Apresentação: Maria do Espírito**
929 **Santo.** **5) Texto “AIDS no Brasil nos dias de hoje – uma reflexão.** Autor: conselheiro **Carlos Alberto**
930 **Ebeling Duarte. Encaminhamento:** enviar à Mesa Diretora do CNS para pautar posteriormente; e

931 debater o tema na Comissão de AIDS e, depois, no Conselho. **6) Movimento Saúde+10: a luta**
932 **continua** - foi disponibilizado documento sobre o Movimento aos conselheiros. Não houve deliberação.
933 **INDICAÇÕES - 1)** O Ministério da Saúde, em atendimento à Portaria GM/MS Nº 2.814, de 24 de
934 dezembro de 2014, solicita a indicação dos representantes titular e suplente para composição do Comitê
935 de Avaliação do PROASI-SUS. **Encaminhamento:** enviar à Mesa Diretora do CNS e retomar no mês de
936 abril com mais informações a respeito. **2)** "Autismo: Inclusão, Conscientização e Ciência". Data: 23 e 24
937 de abril de 2015. Local: São Luís/MA. *Indicação: Conselheira Marisa Furia Silva.* **3)** Convite do MS
938 para participar divulgação dos resultados rápidos do índice de infestação do Aedes aegypti. **ITEM 8 –**
939 **15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Composição da mesa:** conselheiro **Geordeci Menezes**
940 **de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS.
941 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que neste ponto o Plenário deveria definir a
942 composição da comissão organizadora, marcar a data da primeira reunião dessa comissão e deliberar
943 sobre a mudança da data da etapa nacional da conferência. O Secretário Executivo do CNS, **João**
944 **Palma**, iniciou com informe sobre o calendário, os locais e o público das plenárias temáticas. Em
945 seguida, apresentou a proposta de modificar a data da etapa nacional da conferência para 1º a 4 de
946 dezembro de 2015 porque o Centro de Convenções Ulisses Guimarães não estaria disponível na data
947 anteriormente definida – de 23 a 26 de novembro de 2015. Explicou que realizar a conferência no
948 Centro de Convenções possibilitaria utilizar espaços próximos para as atividades dos Grupos de
949 Trabalho além de haver vantagens na localização. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** abriu a
950 palavra para dúvidas sobre a proposta de modificar a data da etapa nacional. Nas intervenções, foram
951 levantadas as seguintes questões e propostas: é preciso envolver a Coordenação Nacional de Plenária
952 de Conselhos de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde na realização das plenárias regionais; no
953 processo de organização e condução das plenárias é preciso envolver os movimentos populares
954 ausentes dos espaços de controle social; as plenárias são uma fase da conferência e o CNS deve
955 elaborar um documento expressando sua mensagem para ser lido durante essas plenárias – garantir
956 elemento de ligação entre o CNS e as plenárias; deve ser feito levantamento dos conselheiros com
957 disponibilidade de agenda para acompanhar essas plenárias; as entidades dos Estados devem ser
958 mobilizadas para participar da Conferência; deve ser feita a reserva do local na nova data a fim de evitar
959 problemas; o CNS precisa definir diretriz para orientar as conferências, em termos de procedimentos, a
960 fim de garantir resultados exitosos; incluir os coordenadores da Plenária Nacional como delegados ou
961 convidados para garantir a participação na etapa nacional da conferência, haja vista o importante papel
962 de articulação da coordenação; é importante encaminhar orientação aos Estados sobre a metodologia
963 das plenárias e da conferência; será necessário prorrogar a data da eleição do CNS por conta de
964 mudança de data da conferência; é preciso considerar a dificuldade da participação dos conselheiros
965 nacionais nas plenárias regionais; é preciso recomendar aos CES que convidem os conselheiros
966 nacionais do local para participar da Conferência; é preciso envolver movimentos sociais e populares
967 no processo de realização das plenárias e da conferência; é necessário definir a questão da
968 metodologia; movimentos sociais devem mobilizar-se para participar das plenárias regionais; o CNS
969 deve elaborar documento que explique a mudança na 15ª CNS (conferência municipal aberta) para
970 servir de subsídio, inclusive, nas plenárias regionais. Além disso, foram levantados os seguintes
971 questionamentos: Como será trabalhado o conteúdo e como se dará a comunicação para as plenárias
972 regionais? Quem participará da plenária? A mudança de data da etapa nacional traz prejuízos para as
973 demais etapas da Conferência e para o processo eleitoral do CNS? Qual será o custo para ampliar a
974 duração da Conferência? Sobre a mudança da data da conferência, a maioria dos conselheiros
975 manifestou apoio. Retorno da mesa. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** explicou que a Mesa
976 Diretora do CNS elaborou documento orientador sobre as plenárias regionais que foi entregue a
977 Secretários de Saúde e enviado às Coordenações de Plenária. Sobre a eleição do CNS 2015, disse que
978 Mesa Diretora do CNS discutirá, de modo a não ter prejuízo para a agenda do CNS e a 15ª Conferência.
979 Também lembrou que a metodologia será objeto de resolução específica que será elaborada pela
980 Comissão Organizadora e sugeriu informar os conselhos estaduais a respeito. Informou ainda que
981 poderão ser realizadas conferências livres de trabalhadores, estudantes... para debaterem a 15ª. Por
982 fim, sugeriu que a reivindicação de incluir os 27 coordenadores de plenária na Conferência seja
983 debatida na próxima reunião. A respeito da proposta de incluir os coordenadores de plenária, foi

984 sugerido, apesar da legitimidade do pleito, seguir a definição do Regimento Interno da Conferência.
985 **Como encaminhamento, a mesa registrou o pleito da Coordenação de Plenária de Conselhos**
986 **para participar da etapa nacional da conferência na condição de convidado e acordou-se que**
987 **essa solicitação será debatida em momento oportuno.** O Secretário Executivo do CNS, **João**
988 **Palma**, explicou que estão previstas 15 conferências até o fim de 2015, sendo que 13 já foram
989 marcadas. Também disse que a ampliação de mais um dia para a etapa nacional da Conferência não
990 teria grande impacto no custo, lembrando, inclusive, que, dos cinco dias, o último destinava-se a
991 desmontagem da estrutura para a conferência. Informou que está em negociação com o Ministério da
992 Saúde o termo de referência para a Conferência e a intenção é fechar esse documento em 30 dias.
993 Manifestou satisfação com os avanços alcançados até o momento, com destaque para a aprovação do
994 Regimento Interno da 15^a. Em sua opinião, há esforços para elaborar documento comentado sobre o
995 Regimento. Na sequência, sugeriu que os conselheiros de saúde participem das plenárias da sua região
996 e avaliou que os movimentos e entidades devem atuar nas regiões para mobilizar as pessoas a
997 participar das plenárias. Por fim, saudou os conselheiros pela coragem de enfrentar os riscos dos
998 avanços e frisou que é preciso identificar os problemas e resolvê-los. Conselheiro **Geordeci Menezes**
999 **de Souza** apresentou o calendário das plenárias populares regionais: Nordeste – 13 e 14 de março;
1000 Norte – 27 e 28 de março, no Pará; Sudeste – 21 e 22 de março, em São Paulo; Centro-Oeste – 27 e 28
1001 de março, em Brasília; e Sul – 21 e 22 de março, em Porto Alegre. Ainda sobre as plenárias, foram
1002 apresentadas as seguintes propostas: repassar material aos Estados para servir de subsídio; os
1003 movimentos devem mobilizar as suas bases para participar das plenárias regionais e da plenária
1004 nacional; que a SE/CNS se informe sobre o processo de inscrição para participar das plenárias e
1005 comunique aos conselheiros; é preciso garantir a participação de novos atores nas plenárias. O
1006 Secretário Executivo do CNS, **João Palma**, explicou que foi feita uma divisão por Estado e
1007 encaminhada orientação de que a inscrição é feita no CES. Ressaltou que houve diálogo com os
1008 Conselhos de Saúde e comunicou que foi destinado percentual de vagas para os movimentos sociais,
1009 que devem ser custeados pelo seu município de origem, lembrando que há sindicatos e entidades que
1010 estão ajudando a garantir a participação dos seus representantes e de movimentos sociais na Plenárias
1011 Regionais. **Deliberação: o Plenário aprovou a mudança de data da Conferência para 1 a 4 de**
1012 **dezembro de 2015, porque o espaço apontado para realização (Centro de Convenções Ulysses**
1013 **Guimarães) não estaria disponível na data anteriormente definida.** Seguindo, a mesa abriu para
1014 debate da composição da comissão organizadora. Conselheiro Carlos Alberto Duarte apresentou as
1015 indicações do segmento dos usuários para compor a comissão: conselheira **Maria do Socorro de**
1016 **Souza**; conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; conselheiro **Edmundo Omoré**; conselheiro **Carlos**
1017 **Alberto Duarte**; conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**; conselheira **Maria do Espírito Santo**
1018 **Tavares dos Santos (“Santinha”)**; conselheira **Marisa Furia Silva**; conselheira **Verônica Lourenço**
1019 **da Silva**; conselheira **Maria Zenó Soares da Silva**; e conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**.
1020 Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** apresentou as indicações dos trabalhadores de saúde para
1021 compor a comissão organizadora: **Nelcy Ferreira da Silva**; **Ronald Ferreira dos Santos**; **Wilen Heil e**
1022 **Silva**; **Ivone Evangelista Cabral**; **Eurídice Ferreira de Almeida**. Conselheira **Kátia Souto** apresentou
1023 as indicações dos gestores: **Kátia Maria Souto**; **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**; **Haroldo de**
1024 **Carvalho Pontes**; **um do CONASEMS** – a definir. Faltou a indicação de um representante dos
1025 prestadores de serviço. Após considerações, a mesa colocou em apreciação a composição da comissão
1026 organizadora da 15^a CNS. Deliberação: aprovados os seguintes conselheiros e conselheiras para
1027 compor a comissão organizadora da Conferência: **usuários - Maria do Socorro de Souza**; **Geordeci**
1028 **Menezes de Souza**; **Edmundo Omoré**; **Carlos Alberto Duarte**; **Wanderley Gomes da Silva**; **Maria**
1029 **do Espírito Santo Tavares dos Santos (“Santinha”)**; **Marisa Furia Silva**; **Verônica Lourenço da**
1030 **Silva**; **Maria Zenó Soares da Silva**; e **Abrahão Nunes da Silva**. **Trabalhadores da saúde: Nelcy**
1031 **Ferreira da Silva**; **Ronald Ferreira dos Santos**; **Wilen Heil e Silva**; **Ivone Evangelista Cabral**;
1032 **Eurídice Ferreira de Almeida**. **Gestores e prestadores de serviços: Kátia Maria Souto**; **Paulo de**
1033 **Tarso Ribeiro de Oliveira**; **Haroldo de Carvalho Pontes**; **um do CONASEMS** – a definir; e **um**
1034 **representante dos prestadores de serviço** – a definir. A primeira reunião da comissão organizadora
1035 será dias 24 e 25 de março ou 25 e 26 de março. Nesse encontro, a comissão definirá o seu calendário
1036 (o indicativo é marcar as reuniões próximas as do Pleno do CNS). Definido esse ponto, a reunião foi

1037 interrompida para o almoço. Reiniciando, a mesa foi composta para a apresentação do item 8 da
1038 pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSO HUMANOS – CIRH** - *Composição da*
1039 *mesa: conselheira Ivone Evangelista Cabral*, coordenadora da CIRH; e conselheiro **Alexandre**
1040 **Medeiros de Figueiredo**, coordenador adjunto da CIRH. *Coordenação: conselheira Nelcy Ferreira da*
1041 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a coordenadora da CIRH apresentou as indicações de
1042 integrantes da CIRH para participar das plenárias regionais da 15ª Conferência: Nordeste – Haroldo
1043 Pontes; e Ruth Ribeiro. Sul – Vera Maria da Rocha; Maria Angélica Zolin de Almeida, José Eri de
1044 Medeiros; Maria Luiza Jaeger; Michely Ribeiro da Silva. Sudeste – Irene Batista de Paula; Tânia Maria
1045 de Souza Pires Makluf; e José Roberto Prebill. Centro-Oeste – Arindelita. Norte – sem integrante da
1046 CIRH. Conselheira **Suelen Geisemara Bacelar Nunes** destacou a importância do trabalho do Comitê
1047 Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde - COAPES e avaliou que a CIRH
1048 deva ser um canal direto para resguardar a implantação dos contratos conforme aprovado. Conselheira
1049 **Ivone Evangelista Cabral** explicou que, junto com a conselheira Maria do Espírito Santo Tavares dos
1050 Santos participa do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde -
1051 COAPES e, entre os avanços alcançados, destacou a inclusão de um capítulo sobre o controle social,
1052 de modo a assegurar a participação desde o município. Com isso, é possível equacionar a ausência de
1053 regulamentação e de espaços para denunciar possíveis problemas na implantação do Contrato.
1054 Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo** informou que o documento com as diretrizes de
1055 integração ensino-serviço será colocado em consulta pública para receber contribuições e, tão logo
1056 aprovado, será elaborado documento sobre como elaborar os contratos. Disse que serão elaborados
1057 textos específicos para gestores, escolas e pode ser feito um para o controle social. Inclusive, sugeriu
1058 pautar apresentação sobre os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES.
1059 Conselheiro **Renato Almeida de Barros** sugeriu elaborar uma recomendação para orientar os Estados
1060 no acompanhamento da implantação dos Contratos. Seguindo, a coordenadora da CIRH falou sobre a
1061 Nota Técnica aprovada na 238ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de
1062 2012. Recordou que a CIRH realizou uma reunião ampliada, no dia 18 de agosto de 2012, para discutir
1063 o tema “a carreira única no SUS”, sendo convidados, além de seus membros, representantes da Mesa
1064 Diretora do CNS, do CONASS, do CONASEMS, da Mesa Nacional de Negociação (DEGETS) e os
1065 parlamentares João Ananias e Rogerio Carvalho, da Subcomissão de Seguridade Social e Família, que
1066 tratavam à época do ordenamento da formação de RH e do SUS e da Educação Permanente na área
1067 de saúde. Os parlamentares não compareceram e justificaram ausência em razão do período eleitoral.
1068 Após o debate, resultados (não conclusivos) foram apresentados ao Pleno do CNS por meio de uma
1069 Nota Técnica com a proposta de colaborar para o aprofundamento dos elementos conceituais e iniciar
1070 um processo de aproximação da realidade da gestão da saúde na atualidade. Destacou que a nota
1071 mostra que a gestão do trabalho tem sido duramente atingida durante desde a implantação do SUS, em
1072 função dos mais variados fatores. Dentre as questões que têm comprometido drasticamente esse
1073 fundamental eixo estruturante do Sistema, a nota cita: 1) Significativa desresponsabilização dos entes
1074 federal e estadual, através da não realização de concursos públicos, bem como da adoção por todos, de
1075 políticas precarizantes do trabalho; 2) reduzida capacidade de investimento da imensa maioria dos
1076 municípios caracterizada por um perfil crítico de baixíssima autonomia financeira e consequente
1077 absoluta dependência dos repasses estaduais e federais; 3) o advento da Reforma do Estado, os limites
1078 legais impostos pela lei de responsabilidade fiscal e outros dispositivos, com o estabelecimento da regra
1079 da precarização na forma de contratação bem como da remuneração; 4) o financiamento voltado para o
1080 pagamento de procedimentos realizados, fortalecendo a cultura da atenção especializada bem como o
1081 caminho mais fácil da substituição dos serviços públicos pelos privados contratados e conveniados.
1082 Com isso, consolidou-se um processo de desvalorização do trabalho multiprofissional em saúde, bem
1083 como da atenção básica e da consequente supervalorização do profissional médico, particularmente dos
1084 especialistas; 5) a substituição do público pelo privado contratado/conveniado forçou o deslocamento
1085 dos profissionais médicos para aquele setor, consolidando a lógica do trabalho remunerado por
1086 procedimento realizado e não mais pela jornada a ser desenvolvida num serviço de saúde; 6) diante do
1087 quadro colocado, os municípios que tinham condições para tal, bem como alguns estados, passaram a
1088 instituir Planos de Cargos e Salários locais, das formas mais díspares possíveis, cada um de acordo
1089 com a sua realidade e condições objetivas. Estabeleceu-se a disputa fraticida por alguns profissionais

1090 pelo país; e 7) fortalecidos e valorizados pelo aprofundamento da cultura especializada e médico
1091 centrada, e de uma conjuntura favorável no que diz respeito à lei da oferta e da procura, os profissionais
1092 médicos deflagram em todo o país movimentos não só pelo tratamento diferenciado nos Planos de
1093 Cargos instituídos, mas da criação de cooperativas e radicalizam na defesa de carreira apenas para
1094 aquela categoria e piso salarial nacional independente das demais categorias profissionais. Esclareceu
1095 que a nota cita como principais dificuldades enfrentadas por gestores para a contratação: má
1096 distribuição de médicos pelo país; modelo de atenção assistencialista; ausência de equipe
1097 multiprofissional na rede; e formação insuficiente para a demanda de um mercado hipertrofiado. A nota
1098 destaca que são consequências na realidade atual: quadro inadimistrável em situações normais, com
1099 enormes dificuldades de disponibilidade de profissionais especialistas em todas as regiões do país
1100 inclusive nos grandes centros urbanos; aumento de profissionais generalistas e que necessita de ações
1101 em várias frentes de curto, médio e longo prazo, na perspectiva de paulatinamente transformar o
1102 quadro. Além disso, sinaliza como ações necessárias à proposta: é fundamental o entendimento de que
1103 a Carreira do SUS é um poderoso instrumento que poderá estabelecer um marco inicial na
1104 transformação do quadro, mas necessitará de outras medidas concomitantes como, por exemplo:
1105 serviço civil; residências multiprofissionais; estruturação e fortalecimento da rede pública; e priorização
1106 da rede básica. Segundo a nota, os principais desafios são: superar os limites políticos, geográficos,
1107 administrativos e financeiros dos municípios; superar as questões colocadas pela lógica instituída de e
1108 pelo mercado; e superar a cultura uniprofissional em saúde fortemente enraizada na população e no
1109 Sistema como um todo. Explicou que a nota traz os princípios básicos da Carreira do SUS, destacando
1110 que a proposta da carreira do SUS deve buscar, através de uma pactuação entre os entes federados,
1111 estabelecer regras nacionais a serem cumpridas por todos. As bases para essas regras são exatamente
1112 as Diretrizes Nacionais para a carreira no SUS, aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e pactuadas
1113 na Comissão Intergestores Tripartite: 1) Municípios, estados e governo federal devem apresentar o
1114 levantamento do que entende como sendo a demanda da equipe multiprofissional em saúde, necessária
1115 para atender as reais necessidades dos municípios, tendo como parâmetros fundamentais a
1116 estruturação da atenção básica bem como as regras concernentes a hierarquização da rede e
1117 regionalização dos serviços. Não pode haver sob qualquer hipótese, sobreposição de serviços públicos
1118 num mesmo espaço geográfico delimitado. 2) Definição da carga horária dos profissionais e de pisos
1119 salariais nacionais por nível de escolaridade. 3) Acréscimos na remuneração definitivos e incorporados
1120 ao piso salarial de acordo com: carga horária cumprida na formação intelectual, aprimoramento e
1121 aperfeiçoamento profissional em cursos de residência, pós-graduação e qualificação, definição de
1122 percentuais a serem instituídos como estímulo a dedicação exclusiva bem como à interiorização, para
1123 isso levando-se em consideração não só as diversas macrorregiões do país, mas também as
1124 particularidades existentes nos grandes centros urbanos, garantia da autonomia e da responsabilização
1125 dos entes federados na realização dos concursos públicos para os serviços de cada alçada de governo,
1126 bem como da contratação dos profissionais que lhes são inerentes. Municípios, estados e governo
1127 federal, contratam os profissionais que são necessários para os diversos serviços que estão sob a
1128 responsabilidade de cada um. 5) Tendo como parâmetros as disponibilidades financeiras de cada ente
1129 federado, estabelecer de forma pactuada aquilo que em cada município do país será o componente do
1130 financiamento de cada ente, da correspondente força de trabalho no plano local. 6) Instituição e
1131 pactuação de regras que apontem para a efetiva profissionalização da gestão até o cargo de diretor
1132 conforme estabelecido pela Constituição Federal, enquanto ferramenta estruturante e valorizadora da
1133 Carreira. 7) É fundamental um amplo movimento político pela supressão do limite imposto pela Lei de
1134 responsabilidade fiscal a contratação de trabalhadores com a finalidade de viabilizar o SUS nos três
1135 planos de governo. 8) É importante que paralelamente se promova a partir da proposta de
1136 contratualização entre os entes federados que está em curso, a alteração da lógica de financiamento,
1137 substituindo-se paulatinamente os pagamentos por procedimentos pelo financiamento de metas a serem
1138 estabelecidas e cumpridas de acordo com as necessidades de cada local. Por fim, um levantamento das
1139 possíveis adequações jurídicas que por ventura sejam necessárias para institucionalizar a Carreira com
1140 o envolvimento e plena responsabilização de todos os entes federados. Desse modo, esclareceu que a
1141 nota propõe a criação de um Grupo de Trabalho (GT) ampliado, sob a coordenação da CIRH, para
1142 aprofundar o estudo e tentar mapear a realidade da gestão do trabalho no SUS, nos três níveis

1143 federativos, de forma direta ou através de parcerias, além de promover um amplo debate nacional sobre
1144 o tema. Nessa linha, a Comissão propõe a seguinte composição para o Grupo de Trabalho: 5 membros
1145 Conselheiros – CONASEMS, CONASS, Ministério da Saúde, ABEn e conselheiro Nacional de
1146 Saúde/CIRH – Usuários (Rede Lai Lai Apejo); e especialistas – membros da CIRH: Conselho Federal de
1147 Serviço Social – CFESS; Conselho Federal de Farmácia – CFF; Rede Unida; CNTSS; e CGTB.
1148 Concluída a apresentação, os conselheiros fizeram algumas considerações sobre o tema e
1149 esclareceram dúvidas. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a criação de GT, sob a**
1150 **coordenação da CIRH, composto por cinco integrantes (CONASEMS, CONASS, Ministério da**
1151 **Saúde, ABEn e Rede Lai Lai Apejo), além de especialistas, para aprofundar o estudo e tentar**
1152 **mapear a realidade da gestão do trabalho no SUS, nos três níveis federativos, de forma direta ou**
1153 **através de parcerias, além de promover um amplo debate nacional sobre o tema (com base na**
1154 **Nota Técnica aprovada na 238ª RO CNS, de 9 e 10 de outubro de 2012).** Definido esse ponto, a
1155 coordenadora da CIRH procedeu à apresentação dos pareceres. Inicialmente, apresentou os pareceres
1156 insatisfatórios. **1) Referência: 201400425 - Centro Universitário Euro-Americano - (UNIEURO/DF),**
1157 **Brasília/DF. Curso: Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a) Não**
1158 **há documentos anexados ao Processo, que comprovem a assinatura de Termos de Convênios ou**
1159 **Termos de Compromisso entre a IES e a Secretaria de Saúde de Brasília nos diferentes níveis de**
1160 **complexidade para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais**
1161 **existentes na região, não estando assegurados os cenários de prática na rede de saúde do SUS**
1162 **(Parágrafo único do artigo 27 da Lei 8080/90; b) Não há menção sobre a importância da participação**
1163 **dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº**
1164 **350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) Há indicação de que o aluno se inserirá na**
1165 **comunidade no primeiro ano do curso na disciplina de Saúde Coletiva I com 20 horas de atividades**
1166 **práticas, no entanto não está claro no PPC. Os estágios iniciam-se a partir do 5º semestre e o**
1167 **supervisionado a partir do 9º; d) O corpo docente informado (17 professores), a serem contratados em**
1168 **regime de tempo parcial e integral, corresponde de maneira insuficiente para atender a demanda de 100**
1169 **vagas anuais, considerando atividades de sala de aula, laboratório, acompanhamento de alunos em**
1170 **atividades realizadas na comunidade no primeiro ano do curso. Destaca-se ainda, que no segundo ano,**
1171 **o curso poderá contar com 200 alunos, implicando numa relação professor-aluno de 1\12; e) Corpo**
1172 **docente composto de 10 Mestres e 4 Doutores (14 pós-graduados stricto sensu) com regime de trabalho**
1173 **configurado de 93% em regime parcial ou integral. De acordo com os avaliadores do INEP o corpo**
1174 **docente apresenta funcionários que atuam em outros cursos já implantados (Fisioterapia, Biomedicina e**
1175 **Enfermagem). Considerando a solicitação de 240 vagas anuais, a relação professor/aluno (1:34)**
1176 **compromete o desenvolvimento/orientação dos estudantes nos dois anos iniciais da abertura do curso;**
1177 **f) Clínica-escola instalada, já utilizada para os cursos de Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia,**
1178 **necessitará de um aporte significativo para atender a demanda futura de estudantes diante do número**
1179 **de vagas solicitadas (240 vagas); sinalizar a existência de um potencial para a construção e a**
1180 **implantação de laboratórios específicos da Psicologia, não assegura a viabilidade de inclusão de um**
1181 **Serviço de Psicologia Aplicada que qualifique o curso. O Relatório de avaliação na visita in loco do INEP**
1182 **(5 a 8/11/2014) atribuiu conceito 3,1 para a Dimensão avaliativa Infraestrutura; e g) Não há menção no**
1183 **PDI nem no PPC sobre a composição de CEP pela IES. **2) Referência: 201400533. Faculdade São****
1184 **Francisco da Paraíba – FASP. Local: Cajazeiras/PB. Curso: Odontologia. Solicitação: autorização.**
1185 **Parecer: insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a) A carga horária mínima do estágio supervisionado**
1186 **não atende os 20% da carga horária do curso conforme definido no Art. 7º das DCN do curso de**
1187 **Odontologia; b) Não há documentos que comprovem a existência de Termos de Convênios ou Termos**
1188 **de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde para uso da rede de atenção**
1189 **a saúde do SUS, de saúde bucal; e, o PPC não apresenta indicativos de articulação da IES gestão local**
1190 **do SUS; c) A matriz curricular do curso e as ementas das disciplinas não explicitam que conteúdos**
1191 **referentes à educação ambiental, direitos humanos e relações étnico-raciais e ensino da cultura afro-**
1192 **brasileira serão abordados no curso; d) O PPC não esclarece qual será o modo de inserção do aluno**
1193 **na atenção básica e nem registra a atuação do aluno na comunidade desde o primeiro ano do curso; e)**
1194 **A matriz curricular não apresenta nas ementas que conteúdos relacionam-se a temática da saúde**
1195 **ambiental, conforme previsto na Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999 e Decreto Nº 4.281 de 25 de junho**

1196 de 2002; f) Os conteúdos curriculares não anunciam como o processo formativo será orientado para a
1197 multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade conforme estabelecido no Art. 5º,
1198 Inciso 3 da DCN do curso de Odontologia; e g) O NDE não tem um papel claramente definido na
1199 implementação do curso. **3)** Referência: 201400971. Faculdade Aliança. Local: Teresina/PI. Curso:
1200 Psicologia - Bacharelado. Solicitação: autorização. Parecer: Insatisfatório. Fundamentos do Parecer: a)
1201 Não existe documentação anexada ao Processo, no Sistema e-MEC, para comprovar a intenção de
1202 assinatura de Termo de Compromisso/Convênio e não há referência sobre a celebração de convênio
1203 com a rede pública de saúde, para utilização da rede de serviços do SUS instalada no Município de
1204 Teresina (PI) e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo único do artigo 27 da Lei
1205 8080/90); b) Não há, na documentação analisada, subsídios que permitam identificar o
1206 comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, de acordo com o
1207 recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; e c) O PPC
1208 não descreve um programa de inserção do estudante nos campos de prática desde o início do curso,
1209 nem da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, o
1210 que pode não assegurar a absorção dos discentes conforme esperado, principalmente, na rede SUS
1211 existente na região. (Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90).
1212 **Deliberação: aprovados os três pareceres insatisfatórios.** Em seguida, apresentou dois pareceres
1213 favoráveis com recomendação. **1)** Referência: 201407721. Instituição de Ensino Superior: Faculdade
1214 INEDI – CESUCA. Local: Cachoeirinha/RS Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: renovação de
1215 reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos
1216 ciclos avaliativos, a IES apresente: a) Termo de Convênios ou Acordos que consubstanciam parcerias
1217 entre a Faculdade INEDI e a Secretaria Estadual de Saúde, e a Secretaria Municipal de
1218 Saúde/Prefeitura Municipal de Cachoeirinha e de Gravataí, com possibilidades de inserção dos
1219 estudantes no atendimento de saúde mental no SUS; b) Indicativos do compromisso dos gestores locais
1220 do SUS com o desenvolvimento do curso, seja no PPC ou por meio de documentos comprobatórios; c)
1221 Explicitação da capacidade de atendimento e da disposição dos alunos, física e numericamente, nos
1222 cenários de prática extramuros, para evidenciar a inserção dos estudantes do curso de Psicologia na
1223 rede de saúde do SUS, existente na região; uma vez que, a relação professor-aluno por turma de 200
1224 vagas ofertadas é de 1:11, incluindo atividades em sala de aula, orientação de alunos, supervisão em
1225 campo de estágio; d) O Plano de Promoção de Acessibilidade, com atendimento diferenciado de
1226 pessoas com deficiência necessidade especial; e) Indicativos de que o PPC foi reorientado para os
1227 determinantes sociais da saúde e para o Sistema Único de Saúde como eixo estruturante da política
1228 nacional de saúde do Brasil. A concepção de que as características da população (baixa renda, com
1229 ganhos de até três salários mínimos, sendo que 20% dos domicílios estão localizados em áreas
1230 consideradas precárias, sem água, esgoto, equipamentos e serviços) determinam a busca pelos
1231 serviços públicos de saúde mental reforça uma ideia equivocada de que o Sistema Único de Saúde
1232 destina-se à população de baixa renda; e f) Detalhamento da ementa das disciplinas de Saúde Coletiva
1233 I e II e sua articulação com os determinantes sociais da saúde e a política nacional de saúde. **2)**
1234 Referência: 201408058. Instituição de Ensino Superior: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.
1235 Localidade: Santa Maria/R. Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: Renovação de
1236 Reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos
1237 ciclos avaliativos, a IES apresente: a) Comprovação de Termos de Convênio com os serviços de saúde
1238 que compõe a rede de saúde mental do município e registro de inserção dos estudantes na rede de
1239 saúde mental do SUS; b) Melhorias das condições de conservação do elevador ou outras formas de
1240 acesso à pessoas com deficiência e ou mobilidade reduzida nas dependências da IES; e c) Explicite a
1241 capacidade de atendimento e a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática
1242 extramuros, bem como o modo de inserção. **Deliberação: aprovados os dois pareceres favoráveis**
1243 **com recomendação.** Na sequência, conselheira **Michely Ribeiro da Silva** apresentou o Relatório da
1244 Visita de Avaliação in loco à Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - Processo e-MEC nº
1245 201407809, que teve como dispositivos legais orientadores: Resolução do Conselho Nacional de Saúde
1246 nº 350, de 9/06/2005; Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 429, de 12/11/2009 e Resolução
1247 do Conselho Nacional de Saúde nº 430, de 12/11/2009 e seu anexo. Detalhou, primeiro, o roteiro de
1248 visita para avaliação *in loco*: apresentação da Comissão; apresentação da coordenadora do curso de

1249 Psicologia; visita às dependências da Faculdade; análise documental; reunião com a equipe docente do
1250 curso de Psicologia; diálogo com estudantes em sala de aula; diálogo com a gestão municipal; e visitas
1251 às unidades de saúde - campo de prática para os estudantes da Faculdade. Falou sobre a
1252 sociodemografia e especificidade da região: Rondônia - população de 1.748.531 habitantes;
1253 microrregião de Cacoal - 246.464 (2013); a população de Cacoal – 86.556 habitantes; acesso à
1254 capacidade instalada (econômica, educacional e de saúde); o Estado de Rondônia tem a maior
1255 população indígena do país; e economia com bases nos serviços, agropecuária e indústria. Salientou o
1256 potencial de ingressantes nos cursos: índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é 0,718,
1257 em 2010; renda per capita de R\$ 8.856,72 (Atlas de Desenvolvimento Humano de 2010). Bloco I –
1258 necessidades sociais em saúde: Utilização da rede de serviços instalada – processo de judicialização na
1259 saúde; Relação entre a oferta de vagas e capacidade instalada para a prática (3-45 / 1-3 / 1-6);
1260 Compromisso social com a promoção do desenvolvimento regional; e Mecanismos desfavoráveis para a
1261 interiorização e a fixação de profissionais. Bloco II – Coerência entre o projeto político-pedagógico e as
1262 necessidades sociais regional: Apresenta uma matéria optativa “Psicologia das Populações Indígenas”,
1263 “Libras” e “Saúde Mental e Políticas Públicas”; Coerência entre o projeto político-pedagógico e a
1264 organização de práticas de aprendizagem orientadas para o SUS consta no PPC, mas estudante não se
1265 inserem no primeiro ano do curso; Compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade
1266 local, seus saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição,
1267 estudantes, profissionais e realidade local; Compromisso com o desenvolvimento social, urbano e rural,
1268 por meio da oferta de atividades de extensão em diálogo com a gestão municipal, sem a saúde;
1269 Compromisso com o diálogo entre docentes, estudantes e sociedade; Compromisso de contrapartida
1270 das instituições privadas que utilizam instituições públicas como campo de ensino em serviço;
1271 Responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, inclusive nos aspectos relacionados ao
1272 acesso a serviços, como espaço físico e profissional compartilhando profissionais. Bloco III. Relevância
1273 social do curso - projeto político-pedagógico: Contribuição para a superação dos desequilíbrios na oferta
1274 de profissionais de saúde atualmente existentes; e Formação a partir do 7º período para todas as 3
1275 ênfases apresentadas pelo curso (saúde, organizacional e educacional). Bloco III – Psicologia: Número
1276 de psicólogos na microrregião de Cacoal 83 profissionais (CRP – 20ª, 2015); Poucos profissionais
1277 psicólogos na rede saúde local; O psicólogo tem inserção em outros campos de atuação, que não
1278 somente os serviços de saúde, como as escolas e indústrias. São: 1 Centros de Atenção Psicossocial
1279 (CAPS II), 4 CAPS I (municípios da microrregião), 1 Equipe NASF Cacoal, 4 Centro de Referência de
1280 Assistência Social (CRAS), 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), 1
1281 Hospital Regional, 1 Hospital São Daniel Comboni e 8 UBS. Dificuldades: acessibilidade – ser
1282 adequada; ausência de plano de carreira docente; IES desenvolve atividades, porém não há convênio
1283 específico com a rede SUS; Atividades de extensão; 2 Curso ofertado em várias UNESC e FACIMED; e
1284 Estágio Profissionalizante I – 6º período. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** explicou que as
1285 dificuldades encontradas são pequenas e as falhas identificadas decorrem de problemas políticos e de
1286 dificuldade na rede. Destacou, por exemplo, que o CEO está pronto para iniciar atendimento, mas não
1287 começou por falta de equipamentos, e que a IES comprometeu-se a incluir a disciplina na grade
1288 curricular. Em seguida, a coordenadora da CIRH apresentou o parecer da Comissão com base nos
1289 resultados da visita in loco. Referência: 201407809 - Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal –
1290 FACIMED. Local: Cacoal/RO. Curso: Psicologia – Bacharelado. Solicitação: Renovação de
1291 Reconhecimento. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para que, nos próximos
1292 ciclos avaliativos, a IES: a) Adeque, distribua e atualize os conteúdos curriculares/disciplinas de modo a
1293 promover um maior equilíbrio da saúde nas demandas sociais (etnia/raça) da região, incluindo proposta
1294 de oportunizar o ingresso de estudantes indígenas da região; b) Insira estudante em atividades na
1295 comunidade desde o primeiro ano do curso, seja por meio de atividades extensionistas contínuas que
1296 atendam as demandas locais regionais de saúde, desde o início do curso; c) Explicite a inserção de
1297 estudantes do curso de Psicologia em cenários de prática da rede de saúde do SUS; d) Providencie
1298 orientação tátil para promover o acesso a pessoas com deficiência e mobilidade reduzida; e) Estabeleça
1299 diálogos com a rede SUS para promover a inserção de estudantes na rede de saúde local, buscando os
1300 conselhos Estadual e Municipal de saúde como mediadores nas relações com a Secretaria Municipal de
1301 Saúde/Estadual; f) Se articule com o Conselho Estadual de Saúde para o acompanhamento das

negociações com a rede de saúde local no processo de implementação do PPC, assim como atividades práticas do curso de Psicologia. **Deliberação: aprovado o parecer.** Aprovado o parecer, a mesa agradeceu e encerrou a discussão desse ponto. Item extra pauta. **REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS** – Apresentação: conselheiro **Cláudio Garcia Capitão**, representante do Conselho Federal de Psicologia no CNS; conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, representante do Conselho Federal de Serviço Social no CNS; **Leon de Souza Lobo Garcia**, Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ). Inicialmente, Conselheiro **Cláudio Garcia Capitão** fez uma exposição do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, publicado em 2011 e apresentou o posicionamento contrário do Conselho a práticas implementadas por essas entidades. O documento, que contou com a participação de todos os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), procuradores, entidades sindicais, apresenta a avaliação feita em 68 instituições de comunidades terapêuticas de 25 Unidades da Federação. Destacou que a realidade encontrada evidencia questões e reflexões que exigem uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira sobre a assistência ofertada nesses locais. Segundo o conselheiro, a maioria desses lugares fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas - o respeito à cidadania dos usuários. Ressaltou que há claros indícios de violência e violação em todos os relatos como interceptação e violação de correspondência, violência física, castigos, tortura, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência prévia de exames clínicos como teste de HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras. Ressaltou também que o modo de tratar ou a proposta de cuidado apresentada visa forjar como efeito ou cura da dependência a construção de uma identidade culpada e inferior, em que, segundo seu ponto de vista, substitui-se a dependência química pela submissão ao ideal, mantendo submissos e, inferiorizados os sujeitos que são tratados. Salientou que a maioria dessas práticas sociais adota a opção por um credo pela fé religiosa como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, essa escolha conduz à violação de um direito, escolha de outro credo ou a opção de não adotar nenhum, ou seja, não seguir nenhuma crença. Na prática desses lugares, conforme relatado, os internos são constrangidos a participar de atividades religiosas, mesmo quando sua crença e fé são outras, até porque não existe outra possibilidade. Falou ainda que nos locais visitados verificou-se que há poucos profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, quando existem, as suas atuações são submetidas a princípios religiosos e morais. Além dessas questões, disse que a inspeção identificou outros problemas nessas comunidades como falta de higiene, utilização de usuários em tratamento para trabalhos não remunerados (laborterapia), tratamento diferenciado entre os pacientes com recursos financeiros para os de pouco ou sem recursos e internação de menores nessas unidades sem a presença dos pais. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** comentou pontos da proposta de regulamentação das comunidades terapêuticas, conforme explicitado na minuta de Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, cuja consulta pública foi encerrada em 28 de fevereiro de 2015 e teceu críticas à proposição. Destacou que algumas das questões colocadas na minuta apresentam contradições ao que rege a legislação em saúde e políticas públicas. Primeiro, destacou que a minuta coloca que 'considerando que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes de abuso ou dependência de substância psíquico-ativa não são equipamentos de saúde, mas de interesse e apoio dos sistemas de saúde e assistência social', ou seja, um serviço que vai fazer a internação, o acolhimento de usuários não é entendido como um serviço de saúde pela própria minuta. Assim, é retirada do âmbito dos serviços de saúde. Ao citar o artigo 4º, o qual aponta que "a instalação e funcionamento das entidades que promovem acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, tendo condicionadas as concessões de alvará sanitário ou de outro instrumento congênere, de acordo com a legislação sanitária específica, aplicadas a essas entidades", faz uma comparação ao ponto anterior. " Se elas (comunidades terapêuticas) não são serviços de saúde, como ficam submetidas a alvará sanitário, como se fossem serviço de saúde ou legislação congênere. A bem da verdade, não se entende o que significa uma legislação congênere, se já há regulamentações feitas pela própria Anvisa

que dispõem sobre alvará sanitário para as instituições que vão prestar atendimento à saúde", questiona. Além de citar outros dispositivos da minuta, como os artigos 3º e 6º, que tratam sobre as pessoas elegíveis para internação, as obrigações destas entidades quanto ao acolhimento, bem como a contradição no prazo limite para o acolhimento, respectivamente. **Alessandra Ribeiro** mostrou-se preocupada com o controle social e o financiamento das comunidades terapêuticas. Baseada em dados do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), até agosto de 2014, foram repassados por convênios para as comunidades terapêuticas, ainda não regulamentadas, R\$ 92 milhões. Ressaltou que esses recursos deveriam ser investidos na rede de atenção psicossocial e serviços substitutivos. Além disso, manifestou preocupação sobre quem fiscaliza o gasto e salientou que a própria minuta não prevê a fiscalização dessas instituições, nem mesmo o controle dos gastos do financiamento que é público. O diretor **Leon de Souza Lobo Garcia** fez um breve histórico do contexto das comunidades terapêuticas nos últimos dez anos que levou ao processo de regulamentação. Salientou o crescimento do número de vagas disponibilizadas nesses espaços, dizendo que o CONAD está debatendo os pontos sobre a regulamentação e qual o contexto dessa regulamentação. Ressaltou que as comunidades terapêuticas existem há 20 anos, mais de 10 anos recebem recursos públicos e há cinco anos recebem do Governo Federal e já são regulamentadas por outros textos e pela fiscalização de outras normas superiores. Finalizando, disse que o cenário aponta para a necessidade da regulamentação dessas comunidades. **Manifestações.** Conselheiro **Clóvis Boufleur** fez uma intervenção do ponto de vista do usuário, ou seja, daquele que precisa de ajuda para enfrentar o problema com álcool e drogas. Nessa perspectiva, disse que é preciso oferecer as melhores possibilidades que existem na área da saúde e reconheceu que há divergências sobre conceitos, um deles saúde e espiritualidade, o que não pode deixar de ser considerado. Sobre o Relatório de inspeção, disse acreditar que o CFP solicitou providências. Por fim, destacou que pesquisas apontam que o Estado não teria condições de oferecer assistência se as comunidades deixassem de funcionar. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que é preciso aprofundar o debate e sinalizou que há forte interesse em reproduzir estruturas econômicas ao invés de solucionar os problemas. Conselheira **Verônica Lourenço da Silva** perguntou se a CISM debateu o tema. Conselheira **Michely Ribeiro da Silva** ressaltou a importância da religiosidade e não da religião nesse contexto. Conselheira **Ivone Evangelista Cabral** disse que é preciso identificar como o SUS pode inserir-se nesse processo e nesse debate não confundir religião com religiosidade. Frisou que é preciso ficar mais clara a participação do SUS nas comunidades terapêuticas. Conselheira **Lorena Baía** destacou que há casos que precisam de avaliação clínica e dispensação de medicamentos e, no seu modo de ver, é preciso verificar o que mais os usuários precisam. Defendeu, ainda, a ideia de que é preciso regulamentar a equipe multiprofissional mínima para garantir a integralidade das ações de saúde e não mais como simples hotelaria. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** ressaltou que é preciso aprofundar o debate a fim de encontrar melhor caminho para a população brasileira e acrescentou que outros entes do governo precisam atuar junto com a saúde. Como encaminhamento, sugeriu promover discussão mais ampla com os conselhos envolvidos a fim de tomar posição. Conselheiro **Rodrigo de Souza Pinheiro** disse que a regulamentação causa preocupação e ponderou que o governo, por não encontrar saída para resolver a situação, utiliza-se das comunidades terapêuticas. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** sugeriu pautar esse tema com mais tempo para aprofundar o debate e definir encaminhamentos. Disse não concordar com a regulamentação via CONADE e defendeu uma rede de atenção psicossocial. Conselheiro **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** avaliou que não havia necessidade de deliberar sobre o tema porque o CNS já havia se manifestado a respeito. Como encaminhamento, sugeriu reencaminhar ao CONADE a resolução do CNS a respeito e a RDC. **Retorno da mesa.** **Leon de Souza Lobo Garcia**, Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas/Ministério da Justiça, destacou que as falas apontam a necessidade de aprofundar o debate sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas. Esclareceu que a proposta de regulamentação apoia-se na RDC 29 da ANVISA e comprometeu-se a encaminhar as resoluções aos conselheiros. Também destacou que as comunidades terapêuticas possuem forte base de apoio social. Destacou que alguns pontos na regulamentação estão abertos a discussão – abstinência, espiritualidade, ... Esclareceu ainda que não se trata de internação, mas sim de acolhimento. Disse que, pela SENAD, a saída é a expansão da RAPS – opção complementar. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** destacou que as falas mostram o afinamento do CNS

1408 contrário à proposta. Discordou da avaliação de que há apoio e quando há destacou que acontece por
1409 insuficiência da RAPS. Também destacou que o CNS dispõe de resoluções a respeito do tema que
1410 poderiam ser disponibilizadas ao CONAD. Como encaminhamento, sugeriu que o Plenário aprovasse
1411 uma nova recomendação do CNS solicitando que o CONADE considere a RDC e a resolução do CNS
1412 no processo de regulamentação e que a CISM acompanhe a discussão da minuta no CONAD.
1413 Conselheiro Clóvis Boufleur sugeriu que a Mesa Diretora do CNS contatasse a coordenadora da CISM e
1414 chamassem uma reunião da Comissão para definir encaminhamentos a respeito desse tema.
1415 **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar minuta de recomendação ao CONADE a respeito do**
1416 **processo de regulamentação; e indicar a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS**
1417 **para acompanhar a discussão da minuta no CONADE (entrar em contato com a coordenadora da**
1418 **Comissão e marcar reunião para definir os encaminhamentos a respeito).** Itens pendentes.
1419 **RECOMENDAÇÃO** - com críticas e alertas sobre as implicações da abertura ao capital estrangeiro para
1420 oferta de serviços à saúde. Não foi possível apreciar a minuta de recomendação na reunião. Portanto, o
1421 texto será enviado aos conselheiros, para conhecimento e votação na próxima reunião do CNS. **CARTA**
1422 **DE APOIO** - à realização do levantamento censitário das Instituições de Longa Permanência para
1423 Pessoas Idosas, promovido pelo Ministério da Saúde. **Apresentação:** conselheiro **Geraldo Adão**
1424 **Santos. Deliberação: por falta de quórum, a proposta será apreciada na próxima reunião do CNS.** O texto
1425 **será enviado com antecedência para os conselheiros. MINUTA DE RECOMENDAÇÃO** - ao
1426 CONADE a respeito do processo de regulamentação das comunidades terapêuticas. **O texto da**
1427 **recomendação foi elaborado, mas não foi possível apreciá-lo na reunião. Sendo assim, será**
1428 **encaminhado aos conselheiros para votação na próxima reunião do CNS. PLENÁRIA REGIONAL**
1429 **DO CENTRO-OESTE** – a Secretaria Executiva do CNS entrará em contato com os conselheiros para
1430 confirmar plano de voo. **ENCERRAMENTO** – Nada mais a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 267ª
1431 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião:
1432 *Titulares –*

1433