



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de julho de dois mil e quinze, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que teve por objetivos: **1.** Aprofundar o debate sobre o Direito à Saúde (Eixo 02 da 15ª CNS) a partir da análise dos movimentos sociais e entidades representativas de usuários que tem histórico de exclusão nas políticas de saúde, qualificando as diretrizes e propostas para 15ª CNS; **2.** Aprofundar o debate sobre PLS 200/2015, que propõe mudanças nas regras da ética em pesquisa clínica com seres humanos, e socializar estratégias do CNS/CONEP de enfrentamento a atual conjuntura; **3.** Socializar andamento dos Grupos de Trabalho da CONEP; **4.** Apresentação da análise do RAG, e do relatório de prestação de contas do 1ª quadrimestre; **5.** Analisar e deliberar proposta acerca do processo eleitoral do CNS para o período 2016/2018; **6.** Analisar e deliberar acerca dos pareceres da CIRH; **7.** Analisar e deliberar acerca da prestação de contas do CNS 2014. **ITEM 01 – EXPEDIENTE – INFORME, APROVAÇÃO DA PAUTA DA RO 271ª E DAS ATAS 257ª, 267ª, 268ª e 269ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS.** Mesa composta por **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, e **Carlos Duarte**, Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Carlos Duarte** começou a reunião desejando Bom Dia às pessoas que acompanhavam a discussão via internet. Logo depois repassou pauta e objetivos da reunião. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs mudança no título do Item 02, de *Direito Humano à Saúde* para *Direito Humano à Saúde no SUS*, e o tema Órteses e Próteses não fosse apenas um Informe do Item 06, mas fosse debatido pelo Pleno. Em relação a Prestação de Contas, que ocorrerá no segundo dia de reunião, propôs alteração para ser o primeiro item de Pauta da parte da tarde do segundo dia, pois o tema já havia sido adiado da reunião anterior, de junho. Sugestões acatadas. Conselheiro **Carlos Ferrari** propôs que os *Informes* fossem feitos no início da tarde e não só no final, quando as pessoas estão se preparando para pegar os vãos de volta para suas cidades. Conselheira **Marisa Furia** propôs que os demais *Informes*, que não serão apresentados durante a manhã, fossem apresentados no período da tarde do primeiro dia, e não no período da tarde do segundo dia. Conselheiro **Carlos Duarte** explicou que isso não seria possível, pois a Pauta já está extensa. Conselheira **Maria Arindelita de Arruda** solicitou que o primeiro ponto do segundo dia da reunião seja a CIRH, pois está, costumeiramente, sendo relegada para o final, pois o item trata de abertura e validação de cursos na área médica. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que era importante manter o esquema atual de reunião: no primeiro dia ocorrem os debates políticos e no segundo dia, questões de organização e encaminhamento. Disse que o problema é o esvaziamento do Plenário após as 16h430 do segundo dia. Pode começar a reunião mais cedo para garantir quórum para a CIRH e para os demais pontos da Pauta à tarde. **Conselheiro Carlos Duarte colocou a Pauta em votação, que foi aprovada.** Logo depois, colocou novamente em votação as Atas 257ª e 267ª, aprovadas no mês anterior, agora com o acréscimo das alterações propostas pelo conselheiro **Nelson Mussolini**, e as Atas 268ª R.O e 269ª R.O. Conselheira **Michele Ribeiro** questionou as linhas 80 e 81 da Ata 269ª. Disse que havia dito que o CNS apurasse a situação do município de Cavalcante (GO), e fizesse também visita ao local para acompanhar os desdobramentos da Conferência Municipal sobre a comunidade quilombola Kalunga. Após esclarecimento, conselheira soube que a sua solicitação havia sido anotada naquele dia e estava em *Solicitações*, na parte final do Item 01, da Ata 269ª (linhas 135 a 137). Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, perguntou se a Conferência já havia ocorrido. Conselheiro **Carlos Duarte** colocou em votação as Atas 257ª, 267ª, 268ª e 269ª. **As quatro Atas foram aprovadas, com duas abstenções.** Logo depois, começaram os INFORMES: Conselheiro **Dalmare Anderson** informou sobre a *Conferência Livre de Saúde da Juventude*, etapa preparatória para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, e organizada pela ANPG, em parceria com a UNE, UBES e Rede Lai Lai Apejo. Pediu às entidades que compõem o CNS que convidem seus jovens, até 29 anos, para participarem do evento, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no dia 15 de julho, em São Paulo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** comentou que repassará o convite para a Pastoral da Juventude e sugeriu, como subsídio para o debate, o roteiro encaminhado aos conselheiros

de saúde em janeiro pela Comissão Intersectorial de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (CIASAJ). Disse que a comissão se reuniu, há duas semanas, e propôs três Recomendações, que ainda não estão na rede para aprovação do Pleno. As propostas tratam de: *Política Nacional de Atenção a Saúde da Criança (PNAISC)*, que ainda não saiu a Portaria; *Recomendação a Presidência da República a respeito da Lei nº 11.265*, sobre alimentos a lactantes e crianças da primeira infância; e da *Recomendação para não redução de recursos do governo para áreas específicas, como crianças e idosos*. Disse ter tido grande satisfação em saber que, no *Congresso do Conasems*, haverá dois painéis sobre Criança, Adolescente e Jovem. Conselheira **Nelcy Ferreira** informou que o Fórum dos Trabalhadores elegeu Coordenadores e Secretários: Alessandra Ribeiro, como Coordenadora; João Rodrigues, como Coordenador-Adjunto; Denise Torreão, como Secretária e José Reinaldo, como Secretário-Adjunto. Desejou êxito e tranquilidade a esta nova composição. Conselheiro **Eni Carajá** informou que, em julho, o Morhan, junto a outras entidades do Brasil, foi recebido pelo Papa Francisco. Debateram sobre estigma, preconceito e a utilização do termo lepra, que traz “pavor” às pessoas. Papa disse que a igreja tinha uma chaga social em relação à pedofilia, o que seria uma “lepra” da igreja. Comentou que existe legislação federal no Brasil que proíbe o termo lepra, nos documentos oficiais. Quando é usado, destrói o trabalho de educação popular que fazem aqui e no mundo todo. Foram apresentadas ao Papa as condições atuais da hanseníase no Brasil; afastamento de quem coordena a hanseníase com os movimentos sociais. Isso só foi possível pela interlocução do Morhan com setores da igreja católica, como a CNBB, para fazer este debate de correção de nomenclatura. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** informou que a Anvisa aprovou Resolução que obriga, no rótulo dos alimentos, lista de 17 substâncias que podem causar alergia, como trigo e amendoim. Fabricantes terão 12 meses para se adequarem à nova regra. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha), no dia primeiro de julho, teve reunião do CNS com o MPF e o grupo da Procuradora Federal de Direito do Cidadão para aprofundar e conhecer a preocupação do Conselho em relação à saúde da mulher. Abordaram três pontos: direito a acompanhante; vinculação da mulher à maternidade e a constituição e funcionamento dos Comitês de Prevenção à Morte Materna e Perinatal. Encaminharam ao Ministro da Saúde Artur Chioro documentação sobre direito da mulher a ter acompanhante, e enviado a proposta às Secretarias de Saúde, por meio do MS, sobre a colocação em prática deste direito. Disse que a luta pelo parto normal, contra o parto por cesariana, está agora nos jornais e foi encampada pelo ministro, como já havia sido pelo ministro de saúde anterior. Conselheiro **Gerdo Faria** disse que a Resolução Normativa da ANS nº 368 está ocasionando um “verdadeiro caos” em seu estado por conta do desencontro da classe médica com planos de saúde. Há várias ações no MP. Acha que a ANS deveria esclarecer melhor a situação para não prejudicar os pacientes. Pediu posicionamento do CNS e perguntou como está a situação nos outros estados. Conselheiro **Carlos Ferrari** informou que foi sancionada, no dia 06 de julho, a Lei 13146, conhecida como *Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência*. Produto de mais de 15 anos de luta. Mostrou indignação e lamentou os vetos que a Presidência da República Dilma Rousseff fez na lei, como nos artigos que tratam de reserva de vagas em processos seletivos em instituições de ensino superior e construção de casas com desenho universal, no programa *Minha casa, minha vida*, de forma a permitir que estas habitações sejam acessíveis a todos; além da isenção de impostos para deficientes auditivos e a alteração na Lei de Cotas para empresas com 50 até 99 funcionários, de que contratasse uma pessoa com deficiência. Disse ter dado o informe com “muita dor no coração”. Mas ressaltou que foi uma conquista o cadastro nacional de inclusão, sempre pleiteado pelo movimento. Solicitou reunião da Comissão Intersectorial de Saúde da Pessoa com Deficiência (CISPD) para debater o documento e qualificar o debate durante a *15ª Conferência*. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, sugeriu ao conselheiro Gerdo Faria para reapresentar no dia seguinte, na presença do ministro, a questão da violação dos direitos dos consumidores dos planos privados e disse ao Carlos Ferrari que há consenso e apoio do CNS ao que foi dito pelo conselheiro, apesar de ser uma matéria complexa. Solicitou, até o final do dia, formulação de documento como *Recomendação para direitos humanos historicamente reivindicados*. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que, no dia 15 de junho, houve audiência pública na Comissão de Direitos Humanos (CDH) do Senado Federal sobre “Direitos Humanos e a Saúde”. O foco dos debates foram as propostas em tramitação que reduzem direitos e aumentam a discriminação contra as pessoas HIV positivas; associando a discussão de saúde e direitos humanos. Comentou que esteve presente na audiência, assim como a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza. Sobre a indicação de José Abrahão a Presidência da ANS; considera que o CNS deveria se manifestar em relação ao nome da autoridade. E avisou sobre evento do MS no Rio de Janeiro, em agosto, sobre Cuidado em Saúde; solicitou convite para o CNS. Conselheira **Marisa Furia** avisou que haverá o *Fórum Interconselhos*, na semana do dia 27 de julho. Questionou se o CNS recebeu convite. Conselheiro **Alexandre Medeiros de Figueiredo** disse para o Carlos Duarte informar direito o nome do evento do MS que ocorrerá em agosto no Rio de Janeiro sobre AIDS e informou que há duas semanas o Ministério está discutindo com o INEP a reestruturação de custos nos instrumentos de reavaliação dos cursos de Medicina, e de saúde, no geral. Disse ter sugerido ao INEP a inclusão do CNS na discussão, o que foi acatado. Além disso, o instituto do MEC concordou em debater o tema durante a próxima reunião da CIRH/CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que já se

passaram quase 20 anos da Resolução 218 do CNS, de 2007, que reconhece as profissões da área da saúde. Mas, na semana passada, Projeto de Lei nº 3077, de 2000, altera a Lei 8080, incorporando o conteúdo desta Resolução, afirmando que o “SUS deverá prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais executadas no âmbito de todas as profissões de saúde reconhecidas”. PL já foi aprovado no Senado e nas comissões temáticas da Câmara. Está agora no Plenário. Solicitou manifestação do CNS a respeito deste PL. **Carlos Duarte** comentou que houve alteração na composição do governo na representação do CNS: Rogério Carvalho dos Santos fica na vaga de titular e Andre Luis de Oliveira passa a ser suplente; e Alfredo Boa Sorte Jr. passou a ser suplente do Marco Antonio Peres, na representação de Previdência Social. Aproveitou e agradeceu a presença dos coordenadores de Plenária Jacildo Siqueira, Nivaldo Bento, Marli Medeiros e Luis Antonio Pereira. Conselheiro **Oswaldo Peralta Bonetti** informou sobre o plano operativo da *Política Popular em Saúde*, com Resolução publicada em 2013, mas que havia sido suspensa; houve reunião do GT da *Comissão Intergestores Tripartite (CGT)* no dia anterior, quando foi repactuado este Plano. Será novamente republicado o plano operativo. Já foi encaminhada Portaria do Edital para publicação. Deseja conversar com a Comissão Organizadora para entregar a segunda edição do prêmio na *15ª Conferência*. Equipe do MS esteve acompanhando *Conferências Livres* em Garanhuns (PE), com comunidade quilombola e com residentes de saúde em campo, e debateu sobre a *15ª Conferência* em evento do MST e as pré-Conferências no Distrito Federal. Convidou o CNS para a *Conferência Livre de Saúde das comunidades quilombolas na Chapada dos Veadeiros*, durante o *Encontro Nacional de Culturas Populares*, que ocorrerá em São Jorge (GO). Convidou todos também para participar da Tenda Paulo Freire no *Congresso da Abrasco*. Conselheiro **Marlonei Santos** concordou com o conselheiro Gerson Faria sobre a Resolução 368. Disse que não é apenas no Rio Grande do Norte, mas em vários estados estão ocorrendo problemas relacionados a implementação da medida. Disse ter informação não confirmada de que a Resolução havia sido revogada ou sustada no dia anterior. Disse que Resoluções que atingem diretamente a sociedade são feitas de maneira impositiva e sem discussão com quem vai executá-las. Falou que a Federação Nacional dos Médicos está de acordo com o conteúdo e os objetivos da Resolução. Na ANS disse ter representação de médicos, mas, mesmo assim, não foram chamados para discutir. Conselheiro **Carlos Duarte** lembrou o Pleno de enviar INFORMES com antecedência, por e-mail, para saber quanto tempo o Item terá dentro da Pauta, como está no Regimento Interno. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** disse que era bom detalhar melhor, no dia seguinte, a programação do CNS no *Congresso da Abrasco*. Falou que o *Fórum Interconselhos* ocorrerá de 27 e 28 de julho, coincidindo com o período do Congresso. Disse que há conselheiros que participaram do primeiro Fórum. À medida que foi ampliado, foi estabelecido alguns critérios, como paridade de gênero e questões de juventude e étnico-racial, aumentando o número de conselheiros participantes. Como alguns dias os eventos vão coincidir as datas, será preciso definir quem participará de cada atividade. Disse ser preciso mais informações sobre o *Congresso do Conasems* para garantir a participação do CNS. **SOLICITAÇÕES:** Conselheiro **Clóvis Bouffleur** fez três propostas: mudança no título do Item 02, de *Direito Humano à Saúde* para *Direito Humano à Saúde no SUS*; o tema Órteses e Próteses não fosse apenas um Informe do Item 06, mas fosse debatido pelo Pleno; e a Prestação de Contas fosse apresentada antes da CIRH, como primeiro item de Pauta da tarde do segundo dia. **Sugestões acatadas.** Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** sugeriu ao conselheiro Gerdo Faria que reapresentasse no dia seguinte a questão da violação dos direitos dos consumidores dos planos privados para o ministro da saúde Artur Chioro estar presente no momento e disse ao conselheiro Carlos Ferrari para elaborar documento como *Recomendação* para direitos humanos que serão afetados com os vetos propostos pela presidente Dilma Rousseff à *Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência*. **Deliberação: As Atas 257ª, 267ª, 268ª e 269ª foram aprovadas, com duas abstenções, assim como foi aprovada a Pauta da 271ª R.O. ITEM 02 – DIREITO HUMANO À SAÚDE NO SUS.** Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Apresentação: **José Marmo**, da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; **Fernanda Benvenutty**, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais e **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia. Inicialmente estava prevista a presença de **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, do Movimento Nacional de População de Rua, entretanto a convidada não pôde comparecer. Antes de iniciar o item, **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, convidou para compor a Mesa o conselheiro **José Araújo**, da Pastoral da Pessoa Idosa. Falou que foi pactuado anteriormente que, em cada reunião, seria aprofundado um eixo da *15ª Conferência*. Em junho foi debatido *Reforma Democrática do Estado*, com ênfase na reforma política; e encaminhamentos para Conselhos Estaduais e Municipais defenderem a reforma política. Disse reconhecer lacunas no documento nacional da conferência, porém ressaltou que o texto expressa acumulado de posições e reflexões do que a sociedade reivindica do Estado brasileiro. Texto também reconhece que vários problemas sociais não foram solucionados, e incidem sobre o direito à saúde. Item foi proposto para mostrar a violação dos direitos humanos. Mesa poderia ter representante do Ministério Público, pesquisadores e estudiosos do tema. Entretanto, Mesa Diretora do CNS decidiu dar voz aos sujeitos de direito e das políticas de saúde. Reconhece o espaço no MS e nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para discutir a equidade, porém é preciso não ficar só no

discurso e na intenção do plano de operação. No documento da 15ª Conferência, foi colocado que, sem enfrentar reforma agrária, questão étnica-racial, sexismo, questões que criminalizam movimentos sociais ou diminuem os direitos da classe trabalhadora, reforma urbana e sem garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, tudo vai incidir na condição de saúde da população, em especial nas pessoas que estão em situação de maior vulnerabilidade. Conselheira disse que foi decidido dar ênfase a esta “pauta invisível ou marginalizada”. Não é para se conformar aos jargões de ampliar acesso à saúde, pois é preciso informar o conteúdo político desse acesso e da qualidade do atendimento. Para **Maria do Socorro de Souza**, documento segue linha coerente na referência à questão agrária, a reforma urbana, a reforma política, a um conjunto de questões que exigiriam da sociedade brasileira um novo pacto nacional. Falou também que o CNS tem posição favorável em relação a PEC 451 e contrária a PEC 171, sobre a redução da maioria penal e ao PL 4330. Comentou que o governo brasileiro enfrentou a questão da AIDS na sua dimensão de direitos humanos, mas há também outros grupos que encontram no SUS a reafirmação dos seus direitos. Falou que transexuais, indígenas e representantes de pessoas idosas, pessoas com deficiência, e representantes dos movimentos de rua e do movimento negro sempre citam no CNS situações de violação de direitos. Intenção da Mesa é apresentar orientações para Conferências Estaduais. Objetivo é reafirmar a atenção básica e mostrar qual é o modelo de atenção à saúde que o país quer. Sugeriu incluir no debate as *Práticas Integrativas*. Palestrante **José Marmo**, da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, disse ter ficado feliz quando foi convidado para debater o tema. Falou que a Mesa representa toda a população brasileira. Aprovou o CNS ter documento com proposta de enfrentamento do sexismo, das questões étnico-raciais, e dos direitos trabalhista e previdenciário, assim como valoriza a importância das *Práticas Integrativas*. Disse que, quando as pessoas souberem mais sobre religiões de matriz africana, encontrarão coisas em comum com temas defendidos pelos conselheiros de saúde. Em seguida, exibiu apresentação em *Power Point* sobre as *Religiões Afro-Brasileiras e Direitos Humanos à Saúde*. Comentou que há 16 religiões de matriz africana no Brasil. Citou os principais motivos que levam as pessoas a se integrarem aos terreiros: busca espiritual; tradição familiar; dificuldade financeira e problemas amorosos. E, ao serem indagadas se estes motivos tinham alguma relação, influência ou repercussão no seu estado de saúde, 80% dessas pessoas respondeu que sim. Dados da Pesquisa Projeto Ato-Ire/2003. Terreiros cuidam da saúde de seus frequentadores com escuta; acolhimento; cuidado; integralidade; perspectiva individual e coletiva, e redes de solidariedade. O perfil dos adeptos é o seguinte: maioria negra; sexo feminino; baixa renda; pouca escolaridade; população LGBT; jovens e idosos; pertencem ao mercado de trabalho informal e moram em subúrbios e na periferia. José Marmo falou que há associação negativa com as religiões afro-brasileiras, vistas como “religião do mal”, “religião de preto”, “religião do demônio”, “feitiçaria”. Isso faz com que esta tradição religiosa ocupe um lugar de menor prestígio em relação a outras tradições, ficando em desvantagem na legitimidade social conquistada por outros campos religiosos. Questionou: qual é o papel real de um conselheiro de saúde? Disse ser preciso garantir o direito a saúde a toda a população brasileira. Terminou a fala com duas questões: *Como garantir o direito humano à saúde em um momento onde as diversas formas de intolerâncias aumentam, onde podemos constatar que os princípios do SUS não são respeitados (como a universalidade, integralidade e equidade), e é momento de redução dos recursos financeiros, momento em que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não vem sendo implementada, momento em que não se consegue enfrentar o racismo institucional no SUS e se amplia a privatização da saúde? e Como falar de direitos humano à saúde nesse contexto de negação de direitos?* Em seguida, o Palestrante **José Araújo** contextualizou a questão da *Cidadania*, por meio de um texto intitulado *Pessoa Idosa sujeito de Cidadania*. Segue abaixo o texto completo. *Atualmente, 21 anos após a edição da Lei de Política Nacional do Idoso (Lei Federal 8842/94 e 12 anos após o Estatuto do Idoso (Lei Federal 10.741/03), ainda está em fase inicial a adoção de práticas garantidoras dos direitos do idoso no Brasil. Dados do IBGE dão conta que, no Brasil, o contingente de idosos tem crescido de forma acelerada, hoje em torno de 26 milhões. Estima-se que, até 2020, o país conte com 40 milhões de pessoas acima de 60 anos, passando a ser o sexto país com mais idosos no mundo. E, dentre os principais problemas enfrentados pelos idosos, o maior deles é o da violência. No Brasil, hoje, as violências e os acidentes constituem 3,5% dos óbitos de pessoas idosas, ocupando o sexto lugar na mortalidade, depois das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, digestivas e endócrinas. Morrem mais de 15 mil idosos por acidentes e violências por ano, significando, por dia, uma média próxima de 40 óbitos, dos quais 66% são de homens e 34%, de mulheres. Cerca de 10% dos idosos que morrem por violência são vítimas de homicídios, sendo que na maioria dos casos, são homens. No Brasil, as informações sobre doenças, lesões e traumas provocadas por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes. Pesquisadores chegam a estimar que 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. Em nosso país, há mais de 100 mil idosos que se internam por ano por causa de quedas (53%), violências e agressões (27%) e acidentes de trânsito (20%). Mais de 95% das pessoas acima de 60 anos estão morando com seus parentes ou vivem em suas próprias casas. Em 26% de todas as famílias, existe pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos. Estudos parciais feitos no país mostram que a maioria das queixas dos idosos é contra filhos, netos ou cônjuges, e outros 7% se referem a outros parentes. Aposentados devem mais de R\$ 71*

bilhões em empréstimos consignados. Uma violência perpetrada geralmente por aqueles que deveriam cuidar. As denúncias enfatizam em primeiro lugar esses abusos econômicos, como também tentativas de apropriação dos bens do idoso ou abandono material cometido contra ele. Em segundo lugar, agressões físicas e, em terceiro, recusa dos familiares em dar-lhes proteção. A maioria das violências físicas cometidas pelos filhos está associada a alcoolismo, deles próprios ou dos pais idosos. No que concerne à especificidade de gênero, todas as investigações mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens. E, ao contrário, na rua, eles são as vítimas preferenciais. Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam problemas de esquecimento, confusão mental, alterações no sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Em consequência dos maus tratos, muitos idosos passam a sentir depressão, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações que os vitimam e a viver em desesperança. Por isso, é preciso reafirmar que falar de violência é fortalecer políticas estabelecidas, por exemplo, pelo Estatuto do Idoso, que queremos ver cumprido cada vez mais. Assim, existem hoje suficientes dispositivos legais e normativos para o enfrentamento da violência, assim como vão se implantando estratégias de proteção como os Conselhos Nacionais e Locais de Direitos dos Idosos, os “SOS – Idoso”, os “Disque 100” e muitos outros. No entanto, há uma imensa distância entre as Leis e Portarias e a implementação. Muitas transformações previstas implicam mudanças de hábitos, usos e costume, portanto, outra mentalidade. Além disso, deve ser estimulada a formação de verdadeira rede de proteção em todos os municípios, com órgãos como Promotorias do Idoso, Varas do Idoso, Defensorias do idoso, Conselhos de Direitos do Idoso, atendimento domiciliar ao idoso, residência temporária para idosos que foram vítimas de violência, Centro para atendimento de idosos que necessitam de atendimento diário especializado e contínuo, oficina abrigada de trabalho para que o idoso complemente a sua renda, casas-lares, capacitação de cuidadores de idosos e conselheiros, reserva de leitos em hospitais gerais e atendimento especializado nos consultórios dos hospitais públicos, os quais devem possuir médicos geriatras. Ainda na área da saúde esta política deve ter por propósito trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil desta população. A funcionalidade, posta como paradigma para a organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, exige um olhar para além das doenças, buscando-se a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece. Estes não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitoramento do estado clínico-funcional da população idosa. Alguns gargalos no Sistema de Saúde devem ser identificados para que se possa articular sistemicamente as ações com as diretrizes a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Este documento, longe de pretender esgotar o tema, tem por objetivo listar alguns destes gargalos, com o objetivo de subsidiar as discussões nos grupos dos Seminários Macrorregionais. O desafio para as discussões em grupo é definir ações comuns, com metas e objetivos claros. Será a partir do resultado dessas discussões que a Área Técnica Saúde do Idoso estabelecerá os parâmetros de prioridade. É preciso investir mais na formação e qualificação dos profissionais de saúde na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa. O primeiro grande desafio de instituir a lógica da funcionalidade como parâmetro central de organização das ações de saúde voltadas para a população idosa é justamente enfrentar a carência de conteúdos específicos sobre envelhecimento na formação dos profissionais de saúde. Os que atuam na rede de saúde, muitos não tiveram, ao longo de sua formação acadêmica, a oportunidade de estudar as implicações do envelhecimento para a saúde humana. E os que estão se formando na atualidade, em sua grande maioria, tiveram esse contato de maneira ainda muito tímida. Essa constatação implica, de imediato, um esforço sistemático e permanente de capacitação dos profissionais de saúde para lidar adequadamente com os problemas mais comuns no processo de envelhecimento. Deve-se ressaltar que tal processo não significa fazer de todo profissional de saúde um especialista em geriatria e/ou gerontologia. Até porque, ambas as especialidades são custosas e devem estar disponíveis para atender aqueles casos de maior complexidade, tais como pessoas idosas com múltiplas morbidades associadas, utilizando-se de polifarmácia ou, ainda, aquelas pessoas com grau importante de fragilidade. Portanto, o investimento maior para que as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sejam implementadas está na ação de capacitação dos profissionais, dando-se prioridade àqueles que atuam na rede de atenção básica. O objetivo, em princípio, dos processos de capacitação na atenção básica deve ser o de instrumentalizar os profissionais para detecção de doenças, de agravos e de situações de risco, estabelecendo medidas de cuidado, prevenção e promoção da saúde a partir de intervenções individuais e coletivas. A interlocução entre todos se torna essencial para a garantia dos direitos das pessoas idosas, bem como para a inserção nos orçamentos dos recursos necessários para o atendimento das demandas das pessoas idosas. O maior antídoto contra a violência é a ampliação da inclusão na cidadania para todas as velhices. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que a contribuição do conselheiro de saúde José Araújo foi importante para o debate. Logo depois, a

palestrante **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, falou sobre as *Práticas Integrativas e Complementares*. Começou questionando qual é o desafio para o profissional de saúde que é também conselheiro nacional de saúde. Disse que a resposta é estar onde estão as necessidades de saúde das pessoas. Fazer-se presente de forma resolutiva, propositiva. Falou que a formação médica é pautada na especialidade, na técnica pela técnica, mas deveria entender outros saberes, outros valores, para enxergar a pessoa em seu ciclo de vida. Essas práticas têm uma trajetória, com objetivos claros; a política da área foca em pontos como acupuntura e plantas medicinais. Visando as pessoas a terem mais saúde, Francisca disse que essas práticas devem ser desenvolvidas na base, como atividades coadjuvantes. Disse também que contar com meia dúzia de profissionais de cada área trabalhando com *Práticas Integrativas* é muito pouco, pelo *déficit* de recursos humanos. É preciso saber ouvir para melhor diagnosticar, trabalhar em cima dos indicadores de cada região. O desafio, para ela, é como minimizar o sofrimento das pessoas, as doenças crônicas degenerativas. Como prevenir o adoecimento do trabalhador, do usuário? Falou que os Ministérios da Educação e da Saúde estão alinhando as definições de *Práticas Integrativas*. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** apresentou o novo Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, **Rogério Carvalho**. Secretário disse que tinha orgulho de representar o Ministério no CNS. Falou da necessidade de romper com a cultura da indigência que atinge a população mais pobre deste país. Disse que, em determinadas áreas, não é possível atuar se não for em conjunto com as redes sociais. Apontou um desafio: identificar a experiência da AIDS no Brasil, o que foi consolidado, em termos tecnológicos. Há outras áreas do MS que exigem compreensão da sociedade; é preciso construir relação boa com as organizações com clareza, transparência e de forma mais diversificada e distribuída, em todo o território brasileiro. Disse ter sido Secretário Municipal de Aracaju, Secretário Estadual de Sergipe, deputado estadual e federal. É médico, com mestrado na área de educação médica e doutorado na área de gestão. Comentou que, em Aracaju, foram criadas as *Conferências Municipais* como espaço de planejamento; sendo que 100% das decisões aprovadas foram depois postas em execução. Conselhos foram reorganizados e se tornaram paritários, teve relação próxima com os militantes da saúde pública. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, comentou que estava presente também na reunião a Diretora da Ouvidoria do SUS, Eliana Pinto. Conselheira **Verônica Lourenço** parabenizou a Mesa pela discussão do tema. Disse que, antes de entender o direito humano à saúde, é preciso saber o que é o direito humano em si (direito humano em ser humano). Falou que o Brasil começou com uma invasão, saqueando os povos indígenas que aqui estavam. Afirmou que o direito de ser humano é negado à população negra e a população LGBT. E comentou sobre notícia de rapazes que apanharam violentamente porque são homossexuais, assim como lésbicas e travestis. Falou ser difícil para a população negra chegar a velhice, pois são assassinados cedo. Disse ser bom olhar o mapa da violência contra a juventude e ver o recorte referente à orientação sexual. Falou que nenhum negro ou negra veio para o Brasil porque recebeu capitania hereditária, mas escravizado(a). Indicadores sociais determinam a situação de saúde ou de doença. Falou do caso da menina de 11 anos que foi apedrejada porque vinha com grupo de religiosos do candomblé, vestidos a caráter. Falou que na sua tradição das religiões afro-brasileiras, ao contrário da maioria da população, as pessoas têm orgulho de serem mais velhas. Quando uma travesti ou transexual é violentada na rua, é negada a sua existência. Falou para os conselheiros olharem também dados sobre mortalidade materna e abortamento seguro. Na maioria das vezes, são mulheres jovens. Disse também para olhar para a construção dos planos municipal, estadual e nacional de saúde e a efetivação deles para a população negra e população LGBT. Conselheira **Michely Ribeiro** disse que diálogo sobre Direito a Saúde é extremamente caro aos conselheiros, pois todos estão no CNS buscando a efetivação desses direitos. Citou parte do texto do Documento Orientador da 15ª *Conferência*, sobre o respeito aos direitos humanos de homens e mulheres, em todas as fases da vida, e que só ocorrerá com articulação da sociedade com governo. Falou que onde se encontra as maiores violações dos direitos humanos estão também os piores índices de saúde. Afirmou que, dentro da universalidade do SUS, existe ampla diversidade de populações que precisam de viabilidade. Concordeu com a fala da palestrante Francisca Rego, de que é preciso estar onde estão as necessidades de saúde das pessoas e aprender outros saberes e valores. Disse ser preciso compreender a negação de direitos a algumas populações; a vulnerabilidade das pessoas idosas; das mulheres... Conselheiros de saúde devem ter o compromisso na redução dos índices desfavoráveis. É preciso saber que quando se fala de direito humano à saúde, isso abrange as especificidades das populações e das patologias, como um direito do povo brasileiro. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) disse que, de cada Reunião Ordinária do Conselho, saem encaminhamentos sérios e de aprofundamento em busca de melhoria na saúde pública. Achou a Mesa “brilhante”. Disse ter sido a primeira vez que foi discutido no Pleno o tema e gostaria que a questão entrasse na agenda dos 48 conselheiros. Disse que há diversas agressões no país que fazem com que as pessoas morram. O Brasil não cumpriu o compromisso de diminuir a mortalidade materna, feita com a Organização Mundial de Saúde (OMS). E normalmente quem morre é a mulher pobre e negra. Falou também do aborto. Disse haver 62 serviços de atendimento no país para fazer aborto legal, para 5.500 municípios. CNS não deveria tratar a questão como “questão da mulher”, mas como questão de saúde pública. E falou



também sobre câncer de cólio de útero, segunda causa de morte no país (a primeira é câncer de mama). afirmou que no Nordeste quem morre da doença é a mulher pobre e negra. Acha que esses números refletem o machismo. Conselheiro **Edmundo Ômore** questionou: o que é direito humano a saúde, de fato? Disse que o direito começa dentro de casa. O direito familiar de garantir o pão de cada dia. Direito a ter acesso a escola de qualidade para ser alfabetizado. Como indígena, disse que é preciso garantir o direito a terra, a água potável, a saneamento, a alimentação de qualidade; e disse também que é preciso respeitar a cultura e os costumes indígenas. Terra traz saúde aos indígenas. Reconheceu avanço na política para o setor, porém disse que é preciso a implementação das normas. Conselheira **Marisa Furia Silva** pediu para repetir a Mesa sobre *Direitos Humanos na Saúde* outras vezes, pois não estão sendo cumpridas ações de algumas áreas específicas. Citou a de atendimento a pessoas com deficiência na primeira metade do século 20; as pessoas morriam cedo ou ficavam escondidas. Já na segunda metade do século passado, talvez porque muitas pessoas ficaram mutiladas com a guerra, a situação mudou e o governo passou a respeitar mais esta área. As pessoas com Autismo/Síndrome de Down estão envelhecendo e os serviços de saúde têm que acompanhar essas populações. Conselheiro **Carlos Ferrari** achou que a Mesa e as falas contundentes do Plenário tiveram um “aspecto pedagógico”. Considera importante união dos segmentos para conseguir avanços mais rápidos. Acha que houve salto de qualidade na rede de cuidado e é preciso celebrar isso, mas afirmou a situação ainda estar aquém do direito assegurado na CF e nas normas aprovadas nos últimos 25 anos. Comentou sobre o acesso de pessoas com deficiência a rede de cuidado. Não há mapeamento do atendimento da rede a essas pessoas. Disse ser necessário impedir a discriminação na *Saúde Complementar*, pois são criadas dificuldades para inserir essas pessoas nos planos de saúde. Falou que é notória a baixa participação das pessoas com deficiência nos espaços de participação popular e controle social. Falou que o SUS deve “escutar” os diferentes segmentos. Falou que a Mesa ensinou a vocalizar o que se pensa em cada segmento e dar elementos para criar um seminário com a “voz” dos usuários. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** parabenizou a todos pelo conjunto das intervenções e falou que *Direitos Humanos em Saúde* é o principal debate do tempo atual. Lembrou-se de que a presidente Dilma Rousseff participará de reunião dos BRICS, com a formação de um novo bloco mundial e, em 2015, completa-se 70 anos do início do processo de elaboração da *Declaração de Direito Universal*. Disse que negros, mulheres, índios, serão os mais prejudicados por ideias e valores em vigor, atualmente, entretanto, falou que a humanidade em si é que está ameaçada. Disse ser preciso trazer para o centro do debate o combate a discriminação. Entender que as disputas prejudicam a proteção social às minorias (mulheres, idosos, crianças). Disse para os conselheiros acompanharem os debates no Congresso Nacional, onde se materializam posições contrárias aos direitos humanos. Conselheiro **Marco Akerman** falou que a Mesa é importante por ter colocado em destaque a micropolítica do cuidado. Disse que é preciso mudar a lógica atual. Falou que teve pesquisa de universidade em 12 comunidades de terreiro, e foi quando se descobriu que esses locais eram produtores de saúde. Disse ser bom buscar cooperação com esses lugares; as comunidades de terreiro precisam estar integradas nas redes de cuidado. Enfatizou a necessidade de fazer uma revolução na rede de cuidado do SUS. Conselheiro **Dalmare Anderson** parabenizou a Mesa pela pauta, pois “o fascismo está crescendo na sociedade”. Falou que os ânimos estão acirrados e questionou: a quem serve saber quem está certo ou errado? O CNS cumpre o seu papel de “empoderar” a população. Falou que era presidente do Conselho Municipal de Aracaju (SE), onde é possível trabalhar esses assuntos e falar diretamente com a sociedade. Lá há uma gama enorme de idosos, interessados em debater reforma de Estado; formadores de opinião. Comentou que os Planos Municipais de Educação tiraram do debate as questões de gênero. Disse que as pesquisas mostram que a população que tem HIV e se cuida, a possibilidade de transmissão é de apenas 0,4%. Falou ainda que os conselhos têm o dever de debater os direitos humanos. Logo depois falou de sua experiência pessoal de ser homossexual, que só “se aceitou” aos 18 anos. Quando pequeno, disse que antes de dormir, pensava: eu não posso ser gay. Disse que esta carga emocional é um problema de saúde para crianças e jovens gays e o tema deve ser debatido nas instâncias de controle social. Conselheira **Patrícia Augusta Alves Novo** parabenizou o Pleno pelas “falas emocionadas” e a Mesa Diretora pela reformulação na apresentação de perguntas, fazendo com que todos se sintam mais contemplados e participantes do processo. Agradeceu também a fala dos palestrantes. Falou da importância de escutar a reivindicação do usuário. Dificuldades de entender o SUS como um projeto que “deu certo”. Falou que mensuração seria uma boa forma de perceber (e corrigir) a funcionalidade do sistema. Comentou sobre o risco de queda em idosos, e hoje existem instrumentos que previnem quedas, mas ainda não utilizados no SUS. Para a conselheira, essas questões precisam estar presentes nas *Conferências Estaduais e Municipais de Saúde*. Além do Mal de Alzheimer, há outros tipos de demências. Disse que não se deve fechar os olhos para o envelhecimento da população. Enfatizou a necessidade de ser criado um instrumento político, como o *Plano Nacional de Demência*. Conselheiro **Carlos Duarte** disse não ser possível falar de direitos humanos sem mencionar o vírus HIV/AIDS, pois está diretamente associado à orientação sexual e ao uso de drogas. Os mais vulneráveis a epidemia são os membros das populações com histórico de exclusão (travestis, transexuais, profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens), que têm menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, há alto índice de casos em outras duas

populações, com histórico de falta de respeito à cidadania (população de rua e a que sofre privação de liberdade). Lamentou a ausência de Maria Lúcia Santos, representante das populações de rua, que não conseguiu chegar a tempo para o debate. Falou ainda do comentário do Ministro da Justiça a respeito da redução da maioridade penal, que, se ocorresse, iria condenar os jovens a praticamente contrair AIDS, pois a transmissão da doença nos presídios é de 60%. E de contrair tuberculose, de 27%, em relação à população em geral. Disse ser preciso trabalhar a questão do preconceito institucional com as populações de risco, pois as pessoas são barradas, na entrada, pela forma como estão vestidas. Enfatizou a informação de que a forma de transmissão cai quase a zero quando a pessoa infectada está sendo tratada. Falou também do aumento de casos de sífilis em mais de 1000% nas gestantes brasileiras e a transmissão vertical cresceu 153%, nos últimos dez anos, o que reflete a falta de acesso à saúde na gestação e de qualidade no serviço pré-natal. Conselheira **Fernanda Benvenutty** justificou a sua chegada após o início da Mesa, devido ao atraso do voo. Logo depois, corrigiu a informação de que as populações vulneráveis são minorias, pois somando todas essas populações gigantescas, se tornam maioria. Entretanto, continuam sem políticas públicas. Falou que a população LGBT é imensa, mas é “invisibilizada”; assim como a população negra, ou a população de rua. Comentou que parece redundante falar em direitos humanos, porém quando se trata do setor saúde, esses direitos estão associados às populações ditas minorias. Falou que têm pessoas que pensam que existe visibilidade por conta de manifestações, como Parada Gay, mas a conselheira disse que, se houvesse políticas públicas que garantissem os direitos, não seria preciso criar manifestações. Questionou: o direito está sendo garantido ou está somente escrito em uma folha de papel? Em 2004, a cada 27 horas era assassinada uma pessoa LGBT. Aumentou em 4% o número de assassinatos, em dez anos. Não diminuiu a violência. Além da morte, tem o processo de envelhecimento, adoecimento, tratamento psicológico, saúde mental... Disse que as pessoas do serviço de saúde só pensam em AIDS para a população LGBT. A discriminação e o preconceito se agravam se a pessoa for negra, pobre, mora na periferia, é soropositiva, e é morador(a) de rua... Disse que respeitar o outro é cumprir o princípio básico do Direito Humano, enxergar o outro como um ser humano. Conselheira **Maria Laura Bicca** disse que o tema debatido na Mesa representa a razão de existir do Conselho. Falou também que gostaria de ter esperança, pois a sociedade está em um nível crescente, reparando erros, corrigindo. Disse que ninguém faz aquilo que não conhece, então é preciso informar e capacitar as pessoas. CNS, junto com o programa de humanização do MS, poderia pensar em um sistema de premiação. Enfatizou a necessidade de incentivo financeiro para melhorar as vulnerabilidades do sistema. Falou também que injustiças nos serviços de saúde não ocorrem somente no momento do parto, mas em serviços de emergências, por exemplo. Conselheiro **Marlonei Santos** citou Princípio do Código de Medicina que afirma que os médicos devem exercer a profissão sem discriminação de qualquer natureza. E se não agirem desta forma, devem ser denunciados punidos. Para o conselheiro, o problema da precariedade no atendimento é por falta de financiamento e de vontade do governo de operacionalizar as políticas públicas. Acha que o Ministro da Saúde tem boas intenções, porém é boicotado pela área econômica. E assim permanece a precariedade no atendimento. Afirmou que direitos humanos são de toda a população brasileira. Conselheiro **Alexandre Figueiredo Medeiros** disse que o debate foi “verdadeira aula de cidadania”, pois o tema transcende a saúde e está relacionada com a construção da sociedade brasileira. Espera que um dia exista só uma política pública para garantir os direitos humanos, e não várias específicas. Mas precisa-se dessas políticas especialmente neste momento de radicalização de ideias no país. Tem política de formação de médicos para modificar a realidade, mas falou que o governo não está satisfeito com mudança só “no papel”. Disse que a SGEP está trabalhando a questão do racismo institucional em um módulo que está aberto a todos. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** se disse contemplada com as falas anteriores, e parabenizou a Mesa pelo debate. Destacou que o direito a saúde passa pelo direito a alimentação segura e adequada, resgatando as conquistas da 8ª Conferência, em relação à alimentação, moradia, lazer. Conselheira **Lenir Santos** também parabenizou o debate, bem “relevante” para a sociedade brasileira. Afirmou que pessoas com deficiência intelectual são invisíveis, excluídas, dado a dificuldade de se fazerem presentes. Disse estar comprovado por pesquisas que pessoas com Síndrome de Down, aos 40 anos, começam a apresentar sinais de que terão Mal de Alzheimer. A partir dos 50 anos, 80% já estará desenvolvendo a doença. Comentou que essas pessoas têm um envelhecimento precoce mais acelerado do que as pessoas normais. Falou também da dificuldade financeira para manter as entidades que atendem as pessoas com Síndrome de Down. Comentou também do lançamento do livro *Mude o seu olhar*, durante o *Fórum Internacional de Síndrome de Down*. Conselheira **Suelen Nunes** disse ter gostado da composição da Mesa. Falou que vivemos em uma sociedade que transforma diferenças em desigualdades. Falou que a área da saúde reproduz a estrutura social, os recortes de classe, de orientação sexual, de etnia, e vários outros, por meio de hierarquia e poder. Afirmou ser preciso superar a naturalização e banalização desses recortes. O desafio é levar para a base dos serviços de saúde os debates que ocorrem no CNS, assim como levar também para as Conferências de Saúde e para as universidades, para a formação de profissionais na graduação e pós-graduação. Não bastam políticas públicas, pois a realidade dos serviços destoa do proposto. Como superar o racismo e o machismo no SUS? Comentou também que a população não está representada na universidade aonde estuda, pois não há negros ou pessoas trans.



E questionou: será que o CNS representa de fato a sociedade? Afirmou que empoderamento não é concessão, e não deve ser feito por pessoas brancas falando por pessoas negras, mas inserir pessoas em consideração de vulnerabilidade no debate e conceder a essas populações o poder de decisão. Conselheiro **Renato Barros** disse que as exposições das falas o fizeram lembrar-se da *8ª Conferência*, que ocorreu em um momento que precisava de mudança na sociedade brasileira. De um lado estavam os trabalhadores de saúde; de outro lado, os membros da Academia; e na terceira ponta, os usuários do sistema. Cada um expressou o que queria e acabou dando origem ao que está hoje na Constituição. Ao organizar a *15ª Conferência*, falou que o CNS pretende discutir com os incluídos no sistema e convidar para o debate os que se sentem excluídos do sistema. Disse ser preciso mudar o modelo assistencial de saúde, porém é necessário defender o SUS no Congresso e nas *Conferências de Saúde*. Conselheiro **Eni Carajá** disse ser fundamental integrar o direito humano à população, para participação efetiva, que vai muito além da participação no SUS. Qual é o sistema de saúde que queremos? Esteve em junho participando da Comissão de Direitos Humanos da ONU, em Genebra (Suíça), e percebeu que as políticas têm que ser integrativas e integradoras. Afirmou ser preciso reverter o quadro perverso que o capitalismo tem imposto aos países, política de medicamento, de adoecimento. Sugeriu reprodução da composição da Mesa nas *Conferências Municipais e Estaduais*, e na *15ª Conferência*. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** achou importante a sugestão do conselheiro Eni Carajá porque na composição das Mesas de debate sempre se pensa em como garantir fala a todos; disse que terceirizar a representação passa a impressão de que o CNS não é o lugar para produzir conhecimento e fazer afirmações políticas. Disse também que tem um “imperativo ético” do respeito à diversidade; a dimensão ideológica da luta de classes; a questão étnico-racial; e a questão urbano-rural; considera que o espaço de participação no CNS reforça a identidade social. Este espaço é afirmação da identidade social e, ao garantir as demandas específicas como pautas da *15ª Conferência*, torna o país menos desigual, menos preconceituoso e menos excludente. Nos casos dos camponeses, a questão agrária ainda não respondida coloca uma determinação à saúde desta população, que considera “aviltante”. Água, qualidade dos alimentos transgênicos, agrotóxicos, acidentes de trabalho e a ausência histórica do Estado para responder a essas questões. Durante o *Encontro Nacional das CIST's*, que ocorreu na semana anterior, reuniu-se 250 pessoas que representam entidades sindicais, coordenadores de CIST e Cerest. Foram discutidas questões como território, microrregião, modelo de desenvolvimento e processos produtivos. Durante o evento foram encaminhadas 15 propostas prioritárias da *Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora* para serem colocadas nesse debate no direito a saúde, na participação social, no modelo de gestão, considerando os desafios da saúde do trabalhador. Terminou enfatizando a importância de incorporar às propostas desse encontro das CIST, e as propostas que surgiram nesse debate sobre *Direitos Humanos à Saúde no SUS*. Solicitou aos conselheiros nacionais que participem também das *Conferências Estaduais*. Palestrante **José Marmo**, da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, agradeceu o convite do CNS, achou o debate “muito rico”, gostou das “trocas”, e considera os temas colocados como temas da sociedade brasileira. Disse ser preciso garantir o direito humano à saúde, pois muitos ainda têm os seus direitos negados. Conselheira **Fernanda Benvenutty** agradeceu a oportunidade de falar como palestrante; disse ser importante fazer esse debate nas demais *Conferências de Saúde*. Porém ressaltou que não se deve ficar apenas no debate, mas tirar os ensinamentos, transformando-os em políticas públicas e em ações de verdade. Conselheiro **José Araújo** também agradeceu a oportunidade de falar sobre saúde do idoso mas, como soube de sua participação na noite anterior, desculpou-se por não ter se preparado com antecedência para a apresentação. Falou da importância de debater a questão do álcool e das drogas, proibir as propagandas, e perguntou como o CNS poderia avançar nesta proibição. **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia, agradeceu também o convite e disse ter sido convidada em cima da hora, alegou que poderia ter se preparado melhor, mas gostou da riqueza das trocas e de ouvir um pouco sobre a experiência de cada um. Do conjunto das falas, percebeu que o controle social deve defender o cuidado, a assistência de qualidade. E esse cuidado deve mostrar “a sua cara”, assim como os seus braços, pernas e movimentos. Falou que a ajuda da academia é fundamental. Mas é preciso ressignificar também o trabalho de quem está ali nos serviços de saúde, no dia a dia. SOLICITAÇÕES: Conselheiro **Eni Carajá** sugeriu reprodução da composição da Mesa nas *Conferências Municipais e Estaduais*, e na *15ª Conferência*. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** Solicitou aos conselheiros nacionais que participem das *Conferências Estaduais de Saúde*. **Não houve deliberações. ITEM 03 – PROCESSO ELEITORAL: Elaboração do Regimento Eleitoral, Calendário.** Apresentação: conselheiros **Carlos Duarte**, **Clarice Baldotto** e **Vânia Leite**. Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** deu segmento aos trabalhos da tarde falando do processo eleitoral do Conselho para o período 2015/2018. Disse que já havia sido criado o GT para tratar do tema, formado da seguinte forma: Kátia Souto representando o segmento dos gestores e prestadores de serviço; Wilen Heil e Silva e Clarice Baldotto, representando os trabalhadores e Adriano Félix e Vânia Leite representando os usuários. O grupo recebeu contribuições até o dia 07 de julho. A conselheira Kátia Souto coordenou o GT, porém entrou de férias e por isso não está presente na reunião. Conselheira **Clarice Baldotto** disse que o GT decidiu começar os trabalhos apontando os

problemas que surgiram na eleição passada. Apontaram problemas no Decreto nº 5839, que trata sobre a composição do CNS, assim como no Regimento Interno e na Resolução 453. Montaram o **Calendário Eleitoral** e fizeram revisão no Regimento. Foi enviado para todos os conselheiros, um prazo para contribuições, antes de dez dias desta reunião. Neste período, foi recebida contribuição do conselheiro José Araújo, que o grupo analisou. Ontem o Fórum dos Trabalhadores e o Fórum dos Usuários fizeram estudo a respeito. A equipe do GT se reuniu com esses fóruns, e receberam na manhã de hoje contribuições do conselheiro Geordecio Menezes de Souza, com sugestão de **Calendário**. Conselheira apresentou a proposta de **Calendário Eleitoral** feita pelo GT. Em seguida, apresentou o que o grupo elaborou para o **Regimento Eleitoral**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 271ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Resolve: Aprovar o Regimento Eleitoral para o triênio 2015/2018. Capítulo I - Dos Objetivos Art. 1º Este Regimento Eleitoral tem por objetivo regulamentar a eleição das entidades e dos movimentos sociais nacionais de usuários do Sistema Único da Saúde – SUS, das entidades nacionais de profissionais de saúde, incluídas a comunidade científica da área de saúde, as entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e as entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde, de acordo com o estabelecido no Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; na Resolução CNS nº 453, de 17 de julho de 2012; e no Regimento Interno, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de novembro de 2008, artigos 61 a 73, para o mandato 2015/2018. Parágrafo Único. A eleição realizar-se-á em 05 de novembro de 2015, iniciando-se o processo Eleitoral a partir da publicação deste Regimento Eleitoral e do respectivo Edital de sua convocação no Diário Oficial da União. Capítulo II - Da Comissão Eleitoral Art. 2º A eleição será coordenada por uma Comissão Eleitoral composta de 12 (doze) membros indicados pelos respectivos segmentos e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde com a seguinte composição: I - 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; II - 3 (três) representantes do segmento dos profissionais de saúde; e III - 3 (três) representantes do segmento do governo/prestadores de serviços de saúde; §1º As entidades e os movimentos sociais que indicarem pessoas para compor a Comissão Eleitoral serão elegíveis. §2º Constituída a Comissão Eleitoral, a mesma será divulgada na página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde e afixada na Secretaria-Executiva do referido Conselho. §3º A Comissão Eleitoral terá um(a) Presidente, um(a) Vice-Presidente, um(a) Secretário(a) e um(a) Secretário(a)-Adjunto(a), que serão escolhidos entre os seus membros na primeira reunião após sua constituição. Art. 3º Compete à Comissão Eleitoral: I – conduzir sob sua supervisão o processo Eleitoral e deliberar sobre tudo que se fizer necessário para o seu andamento; II - dar conhecimento público das candidaturas inscritas; III - requisitar ao Conselho Nacional de Saúde todos os recursos necessários para a realização do Processo Eleitoral; IV – instruir, qualificar, apreciar e decidir recursos, decisões do Presidente relativas a registro de candidatura e outros assuntos ao pleito eleitoral; V – indicar e instalar as Mesas Eleitorais em número suficiente, com a função de disciplinar, organizar, receber e apurar votos; VI – proclamar o Resultado Eleitoral; VII – apresentar ao Conselho Nacional de Saúde relatório do resultado do pleito, bem como observações que possam contribuir para o aperfeiçoamento do processo eleitoral, no prazo de até 30 (trinta) dias após a proclamação do resultado; VIII – indicar a Mesa Coordenadora das Plenárias dos segmentos, conforme previsto no art. 9º deste Regimento Eleitoral, composta por 1 (um) Coordenador, 1 (um) Secretário e 1(um) Relator; e IX – indicar 1 (um) membro da Comissão Eleitoral para acompanhar as discussões dos grupos de representações nas Plenárias dos segmentos, conforme inciso III da terceira diretoria da Resolução 453. Art. 4º - Compete ao Presidente ou à Presidente da Comissão Eleitoral: I – conduzir o processo eleitoral desde a sua instalação até a conclusão do pleito que elegerá as entidades e movimentos sociais para o Conselho Nacional de Saúde; II – representar a Comissão Eleitoral em atos, eventos e sempre que solicitado pelos segmentos que compõem o Conselho Nacional de Saúde, bem como pelo próprio Plenário do Conselho; III – decidir a respeito das inscrições de candidatura; e IV – recolher a documentação e materiais utilizados na votação e proceder a divulgação dos resultados, imediatamente após a conclusão dos trabalhos das Mesas Apuradoras. Capítulo III - Das Vagas Art. 5º As vagas dos representantes de entidades e dos movimentos sociais nacionais de usuários do SUS, das entidades nacionais de profissionais de saúde, incluídas a comunidade científica da área de saúde, as entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e as entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde, a serem eleitos para participarem do Conselho Nacional de Saúde, conforme previsto no art. 4º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, são as seguintes: I - 24 (vinte e quatro) vagas para representantes titulares e 48 (quarenta e oito) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades e os movimentos nacionais de usuários do SUS; II - 12 (doze) vagas para representantes titulares e 24 (vinte e quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades nacionais de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde; III - 2 (duas) vagas para representantes titulares e 4 (quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde; e IV - 2 (duas) vagas para representantes titulares e 4 (quatro) vagas para representantes primeiro e segundo suplentes para as entidades empresariais nacionais com atividades na área da saúde. § 1º Somente poderão participar do processo

eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades e os movimentos sociais nacionais de que tratam os incisos I a IV do art. 5º deste Regimento que tenham, no mínimo, dois anos de comprovada existência, conforme disposto no parágrafo único, do art. 4º, do Decreto nº 5.839/2006 e que atendam ao disposto nos incisos I a IV, do parágrafo segundo deste artigo, conforme o caso. § 2º Para efeito de aplicação deste Regimento Eleitoral e conforme o disposto no Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, definem-se como: I - entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS – aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; Parágrafo único - Devido à forma de organização das entidades indígenas nacionais, a representação indígena poderá contemplar um terço das unidades da federação e uma região geográfica do país; II - entidades nacionais de profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica da área de saúde - aquelas que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; vedada a participação de entidades de representantes de especialidades profissionais; III - entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde - aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; e IV - entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde - as Confederações Nacionais da Indústria, do Comércio, da Agricultura e do Transporte que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do país. Capítulo IV - Das Inscrições Art. 6º As inscrições das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde e das entidades de prestadores de serviços de saúde, bem como das entidades empresariais com atividade na área de saúde, na condição de eleitor e/ou candidato, para participarem da eleição, serão feitas na Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, situada na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 115-B – Brasília – DF, no período de 10 de agosto de 2015 a 09 de outubro de 2015, em dias úteis, no horário das 9 às 18 horas. §1º Serão também aceitas inscrições via correio mediante Aviso de Recebimento – AR ou Sedex, observada a data da postagem prevista no caput deste artigo. §2º As inscrições deverão ser feitas por meio de requerimento dirigido à Comissão Eleitoral, expressando a vontade de participar da eleição, especificando o segmento a que pertence a entidade ou movimento e a vaga para a qual está se candidatando. §3º Somente poderão participar do processo eleitoral, como eleitor ou candidato, as entidades de que tratam os incisos I a IV do art. 5º, que tenham, no mínimo, 2 (dois) anos de comprovada existência. Capítulo V - Da Documentação Art. 7º As entidades e os movimentos sociais que forem se candidatar como eleitor e/ou candidato a vaga no Conselho Nacional de Saúde terão que observar o disposto no art. 4º e 5º do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e apresentar no ato da inscrição os seguintes documentos: I – Entidades: a) Cópia da Ata de fundação ou de eleição de diretoria registrado em Cartório; b) Cópia do estatuto e/ou regimento; c) Termo de Indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão a entidade, subscrito pelo seu representante legal; d) Comprovante de atuação de, no mínimo, 2 (dois) anos; em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; e) Cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente. II - Movimentos Sociais: a) Ata de fundação registrada em cartório ou comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento público de comunicação e informação de circulação nacional de, no mínimo, 2 (dois) anos; em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país; b) Relatório de atividades e Relatório de reuniões do movimento com a lista de presença; c) Documento de órgãos públicos ou do próprio controle social que atestem a existência do movimento; d) Termo de Indicação do eleitor e respectivo suplente que representarão o movimento social, subscrito pelo seu representante reconhecido; e e) Cópia da cédula de identidade do eleitor e do suplente. Capítulo VI - Das Homologações das Inscrições Art. 8º Encerrado o prazo para as inscrições das entidades e dos movimentos sociais, a Comissão Eleitoral divulgará na sede da Secretaria-Executiva e na página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde, a relação das entidades e dos movimentos sociais habilitados a concorrerem à eleição, observada a composição dos segmentos. Parágrafo Único. Os recursos para a Comissão Eleitoral deverão ser interpostos no prazo de 72 (setenta e duas) horas, considerando 3 (três) dias úteis, contados da sua divulgação feita na forma do caput deste artigo, devendo ser analisados e julgados em igual período. Capítulo VII - Da Eleição Art. 9º A eleição para preenchimento das vagas dos membros titulares no Conselho Nacional de Saúde das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde, das entidades da comunidade científica da área de saúde, das entidades de prestadores de serviços de saúde, das entidades empresariais com atividades na área de saúde, bem como para preenchimento das suplências, dar-se-á por meio de Plenárias dos Segmentos, no dia 05 de novembro de 2015, no horário das 10 horas às 13 horas, em local a ser definido pela Comissão Eleitoral, e, se necessário, em turno único, por meio de voto secreto, na mesma data, das 14 horas às 18 horas. §1º O credenciamento dos eleitores inscritos representantes das entidades e dos movimentos sociais será na mesma data da eleição, das 8h30min às 9h30min. §2º O eleitor credenciado receberá um crachá de identificação que lhe dará direito de acesso ao local de votação, não sendo permitida a substituição ou reposição de crachá. §3º A Comissão Eleitoral fará a primeira chamada para as Plenárias dos Segmentos às 10 horas, com quórum de metade mais um dos eleitores credenciados e, em segunda

chamada, às 10h30min, com qualquer número, iniciando-se as Plenárias neste horário e encerrando-se, no máximo, às 13 horas. Art. 10 Havendo consenso para escolha dos representantes titulares e suplentes durante as Plenárias dos Segmentos, a Eleição se dará por aclamação, mediante apresentação da Ata da Plenária, assinada pelos representantes dos segmentos participantes do processo. Parágrafo único. A Plenária do Segmento utilizará o resultado dos processos de discussão (em fóruns próprios ou) em grupos de representação, de acordo com suas especificidades. Art. 11 Não havendo consenso para a escolha das entidades ou dos movimentos sociais na Plenária do Segmento, a eleição se fará por voto secreto, no horário das 14 horas às 18 horas, cabendo à Comissão Eleitoral designar, antecipadamente, Mesas para recepção e apuração dos votos, formadas por 3 (três) membros, sendo 1 (um) ou (uma) Presidente, 1 (um) ou (uma) 1º Secretário(a) e 1 (um) ou (uma) 2º Secretário(a). §1º A Plenária do Segmento encaminhará para votação, conforme o caput deste artigo, somente as vagas não preenchidas, total ou parcialmente, no processo de votação por aclamação. §2º A entidade ou movimento social que obtiver o maior número de votos terá direito a indicar o representante titular, os representantes primeiro-suplentes e segundo-suplentes da sua própria entidade ou dentre as entidades que participaram do processo eleitoral. §3º A votação dos segmentos poderá ser acompanhada e fiscalizada por fiscais indicados pelas entidades ou movimentos sociais que integrarem os segmentos, desde que os seus nomes sejam encaminhados à Comissão Eleitoral até 2 (dois) dias antes da realização da eleição e desde que não cause tumulto ao pleito. §4º Em caso de não indicação dos fiscais pelas entidades ou movimentos sociais, a Comissão Eleitoral poderá indicá-los entre os segmentos não concorrentes. §5º Os fiscais poderão apresentar recursos em formulário próprio, a serem entregues ao Presidente da Mesa e consignados em Ata. §6º Após a análise dos recursos, quando houver, será iniciada a apuração dos votos. §7º Serão eleitas as entidades ou movimentos sociais que obtiverem no mínimo, 10% (dez por cento) dos votos do segmento no qual estejam concorrendo, respeitando-se o número de vagas de cada entidade ou movimento social no seu respectivo segmento. §8º No caso de não ser alcançada a porcentagem mínima de 10% (dez por cento) dos votos referida no § 6º, deverá haver uma nova votação imediatamente para preenchimento das vagas restantes. §9º Em caso de empate deverá haver uma nova votação imediatamente para preenchimento das vagas restantes. Art. 12 A Cédula de Votação será confeccionada após a Plenária dos Segmentos, devendo ser supervisionada pelos fiscais e conterá o segmento, as vagas e a relação das Entidades e Movimentos que estarão concorrendo. Parágrafo único. A Cédula de Votação será rubricada por, no mínimo, 2 (dois) membros da Mesa. Art. 13 O eleitor credenciado deverá dirigir-se ao local de votação munido de seu crachá e documento original de identidade e, após assinar a listagem de eleitores inscritos, receberá a Cédula de Votação. Art. 14 Antes do início da votação, a urna será conferida, obrigatoriamente, pela Mesa e pelos fiscais. Art. 15 Após o encerramento da votação, será procedida a apuração e o Presidente da Mesa deverá lavrar a Ata da Eleição, que constará as ocorrências do dia, os recursos e os pedidos de impugnação, quando houver. Parágrafo Único. A Ata da Eleição, uma vez lavrada, será assinada pelo Presidente da Mesa e pelos dois Secretários. Capítulo VIII - Da Apuração, dos Recursos e das Impugnações Art. 16 A apuração dos votos será realizada e acompanhada pelos fiscais após o voto do último eleitor credenciado. §1º Antes da abertura da urna, a Mesa Apuradora se pronunciará sobre os pedidos de impugnação e as ocorrências porventura constantes da Ata de Votação. §2º Os pedidos de impugnação e de recursos concernentes à votação, que não tenham sido consignados na Ata de Votação, não serão considerados. §3º Em caso de discordância de pronunciamento da Mesa Apuradora, caberá recurso à Comissão Eleitoral, procedendo-se normalmente à apuração, com o devido registro dos recursos. Art. 17 Em caso de empate, os critérios para a proclamação da entidade ou movimento social eleitos serão: a) existência da entidade ou do movimento social em maior número de Regiões Geográficas e/ou Unidades da Federação do País; e b) maior tempo de existência e funcionamento da entidade ou do movimento social. Art. 18 As Mesas Apuradoras comunicarão o resultado da eleição à Comissão Eleitoral, que proclamará as entidades e os movimentos sociais eleitos. Art. 19 Após homologado, o resultado final da votação será divulgado na página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde, por meio de Edital, bem como publicado no Diário Oficial da União, que será afixado na Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde com a indicação das entidades e dos movimentos sociais eleitos para indicarem seus representantes às vagas de membros do Conselho Nacional de Saúde, titulares e suplentes. Capítulo IX - Das Disposições Gerais Art. 20 As despesas com transporte e estadia dos representantes das entidades e dos movimentos sociais para participarem do processo eleitoral serão de responsabilidade dessas entidades e desses movimentos sociais. Art. 21 Caberá ao Ministério da Saúde custear as despesas referentes à infraestrutura necessária para a realização do processo eleitoral previsto neste Regimento, inclusive despesas de transporte e estadia da Comissão Eleitoral. Art. 22 As entidades e os movimentos sociais de usuários do SUS, as entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, as entidades de prestadores de serviços de saúde e as entidades empresariais com atividades na área da saúde eleitas para indicarem os seus representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde, nas vagas de titular, primeiro e segundo-suplentes, bem como o governo federal, o CONASS e o CONASEMS, encaminharão à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, por meio de ofício até 10 (dez) dias após a divulgação prevista no artigo 19

(dezenove) deste Regimento. Art. 23 Os representantes indicados pelas entidades e pelos movimentos sociais eleitos, os representantes das instituições do governo federal indicados pelos seus respectivos titulares, os representantes do CONASS e do CONASEMS indicados pelos seus respectivos Presidentes, todos para compor o Conselho Nacional de Saúde, serão nomeados pelo Ministro de Estado da Saúde, em Portaria específica, publicada no Diário Oficial da União. §1º A posse dos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, titulares e suplentes, dar-se-á em Reunião Extraordinária a ser realizada, em até 15 (quinze) dias, após a publicação da Portaria referida no caput deste artigo, cabendo à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde a sua convocação. §2º A Reunião Extraordinária terá como pauta a posse dos novos conselheiros e a eleição do Presidente e da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, para o triênio 2015/2018. Art. 24 Cabe ao Conselho Nacional de Saúde aprovar o Calendário Eleitoral para cada mandato de seus membros, em até 90 (noventa) dias anteriores ao final do mandato dos atuais conselheiros, conforme artigo 63 de seu regimento interno. Art. 25 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Eleitoral ad referendum do Pleno. O texto foi apresentado ao Pleno com as devidas substituições realizadas pelo Grupo de Trabalho, como ocorreu no inciso IX do Art.º 3, ao substituir *indicar um relator*, do texto original, por *um membro da Comissão Eleitoral* e inclusões de termos no texto, como no Art.º 21 (Caberá ao Ministério da Saúde custear as despesas referentes à infraestrutura necessária para a realização do processo eleitoral previsto neste Regimento), que ganhou o seguinte trecho, com a substituição de ponto por vírgula (*inclusive despesas de transporte e estadia da Comissão Eleitoral*). A sugestão do conselheiro Geordecio Menezes também foi lida pela conselheira Vânia Leite, porém o Pleno optou por seguir a proposta do grupo. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, falou que a proposta de substituir *Presidente de Comissão Eleitoral* por *Coordenação Executiva* tem intenção de partilhar o poder entre os membros da Comissão. Porém, ao promover esta alteração no **Regimento Eleitoral**, lembrou que teria que haver alteração também na Resolução 435, do CNS, que trata do Regimento Interno. Conselheiro **Eni Carajá** disse que movimento social não é entidade, que é preciso ser registrada em cartório para controle estatal. São pessoas que se utilizam da participação social. Falou que este ponto no texto tem que estar claro no que se refere a movimento social reconhecido, na prática. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que o movimento social não precisa ser registrado em cartório, não tem esta formalidade. E os movimentos também fazem Atas das reuniões, porém não estão registradas em cartório. Sugeriu que o CNS exija “ações capilares” junto aos Conselhos de Saúde Municipais e Estaduais para comprovar a existência destes movimentos e que atuem em suas bases. Conselheiro **Carlos Ferrari** disse que no Decreto n.º 4253, os movimentos sociais podem ser institucionalizados, ou não. O Movimento de Cegos do Brasil, por exemplo, tem Ata de fundação registrada em cartório e CNPJ. É preciso estabelecer os limites, para não excluir os movimentos não institucionalizados. Ressaltou, porém, que não se deve aceitar qualquer inscrição para não fragilizar o processo eleitoral. Falou que o Conselho deve definir qual é o caminho político que deseja tomar. Conselheiro **Dalmare Anderson** disse que a entidade que representa não é institucionalizada, então ele entende o questionamento. Entretanto, ressaltou ser preciso garantir a participação de movimentos sociais que realmente realizem ações, e não deixar que “entidades oportunistas” participem do processo eleitoral. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que o Brasil é “celeiro” de novos movimentos sociais, que manifestam lutas e novas formas de participação na sociedade. Disse que é bom o Conselho não se fechar ao novo, para ter renovação do quadro. Enfatizou que estas novas vagas não dizem respeito apenas à representação dos usuários. Mas, além do reconhecimento público ou de outra entidade da existência destes movimentos, é preciso saber qual é o compromisso desses movimentos com o projeto em defesa do SUS e com a participação popular. Sugeriu exigir *Carta de Intenção* destas entidades que querem participar do CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu incluir registro de participação em Conselhos de Saúde no item II do Art. 7, que trata de participação de Movimentos Sociais (*Ata de fundação registrada em cartório ou comprovante de existência do movimento por meio de um instrumento público de comunicação e informação de circulação nacional de, no mínimo, 2 (dois) anos; em, pelo menos, um terço das unidades da federação e três regiões geográficas do país*). A inclusão ocorreria após instrumento público, pois considera defasado e frágil o instrumento público de comunicação e informação de circulação nacional, diante do poder de comunicação da internet, hoje em dia. Disse ter entendido a proposta da conselheira Maria do Socorro de Souza de pedir *Carta de Intenções* das novas entidades, porém ressaltou que pode permitir interpretação variada. Sugeriu *Código de Ética* como compromisso do conselheiro, para não pedir antecipadamente a Carta para não dar a impressão que o CNS suspeita da nova entidade/movimento social. Conselheiro **Carlos Duarte** falou que a *Carta de Princípios* pode ficar para a próxima gestão, mas defende a proposta de exigir *Carta de Intenções* das entidades que desejam ingressar no CNS. Conselheira **Denise de Freitas** lamentou que a discussão esteja ocorrendo somente agora, pois os movimentos sociais que desejam ingressar no CNS poderiam ter participado das *Plenárias Populares* e esta ação serviria como compromisso deles com o direito a saúde. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que a Mesa gostou da sugestão da conselheira Denise de Freitas, de comprovar o interesse e o compromisso com a saúde pública das novas entidades sociais por meio de participação em *Plenárias Populares*. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que o Conselho Nacional de

Saúde não é uma entidade, pois seria negar a diversidade existente aqui. Disse que era um órgão colegiado e o que rege o seu funcionamento é a Lei, discordando, assim, da proposta de criar uma *Carta de Intenções/Compromissos*. Conselheiro **Carlos Ferrari** concordou com o posicionamento do conselheiro Ronald Ferreira, pois há divergências entre as entidades que compõem o CNS em vários pontos. Disse que exigir *Carta de Compromissos* para participar de processo eleitoral, pode parecer que se está induzindo a entidade/movimento social a “falar o que se quer ouvir”. Como se decidiria que a entidade está apta a participar do processo? Seria a concordância com o que está escrito na Carta? Conselheira **Verônica Lourenço** disse que na *Carta de Princípio da LBL* existe o compromisso de lutar pela saúde, mas ressaltou que *Carta de Intenções* é outra coisa. Acha interessante a proposta de participação em *Plenárias Populares* para entrar no CNS, mas comentou que houve problemas em conseguir participação de movimento social em alguns lugares porque os grupos não haviam sido mobilizados. Conselheira **Fernanda Benvenutty** falou que a *Carta de Intenções* deveria ser exigida somente das entidades que nunca pleitearam vaga no CNS. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que estão tratando de dois assuntos: credenciamento e eleição. No primeiro caso, não cabe a proposta colocada. Mas o que foi posto pode ser exigido no momento da eleição das entidades. Conselheira **Vânia Leite** comentou da dificuldade de comprovar a existência dos movimentos sociais na última eleição, pois mandam cópias de documentos retirados da internet. Disse que seria importante definir os critérios. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse ser prática, no dia da eleição, representações que não consigam chegar a um consenso, se apresentem na Plenária por dois minutos, no momento do voto. Sugeriu à Comissão Eleitoral, para separar de um a três minutos para a defesa de posição da entidade no momento da votação. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, colocou em votação a proposta do conselheiro, que foi acatada pelo Pleno. Conselheiro **Elias Rassi** acha que os movimentos sociais que conseguem articulação dentro de uma *Conferência Nacional de Saúde* conseguem legitimidade dos pares, tanto que considera mais adequado a comprovação da existência política em um evento deste tipo. Questionou: Como se comprovaria a presença em outros eventos, por meio de dezenas de fotos, dossiês, certificados? Conselheira **Denise de Freitas** falou que a participação em *Plenárias Populares* seria uma forma de comprovação da existência da entidade, porém não deveria ser um critério excludente. Logo depois, foi feita a leitura do documento com os critérios para aceitar inscrição de movimentos sociais no CNS. O texto final ficou desta forma, no Art. 7, item II. c) *documento de órgãos públicos ou do próprio controle social que atestem a existência do movimento*. Após mais contribuições de conselheiros ao texto, **o Regimento Eleitoral foi colocado em votação e aprovado pelo Pleno**. Em seguida, foi apresentado novamente o **Calendário Eleitoral**. Nos dias 8 e 9 de julho - aprovação pelo Pleno do CNS do Regimento Eleitoral 2015/2018 e do Calendário Eleitoral – dia 08 de julho. Dia 13 de julho – encaminhar o Regimento para o GM/CONJUR. Dias 14 e 15 de julho - Delegar à Mesa Diretora o recebimento dos nomes para a Comissão Eleitoral. Secretaria Executiva do CNS – dias 14 e 15 de julho - Elaboração do Termo de Referência para a realização do evento (Eleições). Mesa Diretora nos dias 15 e 16 de julho - Indicação pelo Pleno do CNS dos membros da Comissão Eleitoral composta por 12 membros: 6 (seis) representantes do segmento dos usuários; 3 (três) representantes dos profissionais de saúde; 3 (três) representantes do segmento do gestor/prestador, sendo 2 (dois) representantes do governo e 1 (três) representante dos prestadores de serviços de saúde. Mesa Diretora – receber os nomes da Comissão Eleitoral e compartilhar via e-mail com Conselheiros Nacionais. Pleno do CNS, no dia 17 de julho, dar retorno à Mesa Diretora sobre a aprovação dos nomes da Comissão Eleitoral. Aprovação pelo Pleno do CNS dos Membros da Comissão Eleitoral 2015/2018. Secretaria Executiva do CNS no dia 20 de julho - Publicação do Regimento Eleitoral 2015/2018. Publicação da Portaria de Designação dos Membros da Comissão Eleitoral. Providenciar passagem para Comissão Eleitoral. Mesa Diretora no dia 30 de julho - Reunião da Comissão Eleitoral. Secretaria Executiva do CNS no dia 03 de agosto - Publicação do Edital de Convocação da Eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2015/2018 pela Secretaria Executiva do CNS. Publicação do Edital de Convocação da Eleição do Conselho Nacional de Saúde para o Triênio 2015/2018 pela Secretaria Executiva do CNS - Inscrições das Entidades para a eleição do CNS. Dia 16 de outubro - Publicação da Lista das Entidades Inscrias. Dia 21 de outubro - Interposição de Recursos. Dia 26 de outubro - Julgamento dos Recursos. Dia 27 de outubro - Publicação da Lista das Entidades Habilitadas. **Dia 05 de novembro - Eleição do Conselho Nacional de Saúde**. Dia 13 de novembro - Publicação do resultado das eleições. Até o dia 25 de novembro - Indicação dos Representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde. Dias 26 e 27 de novembro - Preparação da Portaria com os novos Membros do CNS. Dia 09 de dezembro - Publicação da Portaria de Designação dos Membros do CNS. Dia 16 de dezembro - Posse dos Novos Conselheiros (Reunião Extraordinária) e eleição da Mesa Diretora do mandato 2015/2018. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, perguntou ao Pleno se pode ocorrer reunião ordinária, no dia 15 de dezembro e, no dia seguinte, realizar reunião extraordinária para posse e eleição da mesa, em dois turnos. **Plenária aprovou o Calendário Eleitoral, sem abstenções**. Desta forma, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** propôs manter a aprovação do mérito do **Calendário Eleitoral**, excluindo a data de posse, que seria apresentada no segundo dia de reunião. Conselheira **Alessandra Ribeiro** disse que o Fórum de Trabalhadores já definiu os nomes para compor a Comissão Eleitoral. Decidiram por pessoas que não serão



representantes de entidades que irão concorrer na eleição. O grupo é formado por: Alexandre Correa dos Santos, do FENAFAR; Diego Torres, do FENAFITO; Ruth Ribeiro Bittencourt, do Conselho Federal de Serviço Social. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que os escolhidos pelos usuários são: Adriano Macedo Félix, do ANAPAR; Carlos Alberto Duarte, do Movimento AIDS; Geordecy Menezes de Souza, da CUT; José Araújo, da Pastoral da Pessoa Idosa; Luiz Antonio Festino, da Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST) e Vânia Leite, da Pastoral da Criança. Faltaram os nomes dos representantes da gestão e de prestadores de serviço, que ficaram de ser apresentados no dia seguinte. **Deliberação: Pleno aprovou o Regimento Eleitoral e o Calendário Eleitoral para o período 2015-2018. ITEM 04 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO COFIN. ITEM 04 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO COFIN.** Coordenação: **Ronald Ferreira dos Santos**, Coordenador da Cofin. Apresentação: **Francisco Funcia**, Consultor da Cofin. Conselheiro **Ronald Ferreira** iniciou o item resumindo o que a Mesa faria: Análise da Prestação de Contas do primeiro quadrimestre, e apresentação de encaminhamentos propostos pela comissão em relação ao Plano do MS para o período 2016-2019. Quanto ao Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano passado, a Cofin já apresentou análise preliminar ao Pleno, em reuniões passadas. Além disso, a comissão também elaborou estudo sobre taxação das grandes fortunas, de cigarros, bebidas, e mudança na alíquota das contribuições. Conselheiro falou que o Pleno poderia contribuir também e encaminhar as propostas para a consultora técnica Lizandra Conte, responsável pela Cofin. Depois a comissão deve se reunir com o MS para discutir novas fontes de financiamento para a saúde. Sugeriu ainda que os coordenadores das comissões analisem o RAG 2014. Em julho e agosto deve-se discutir a PLOA 2016 no Pleno e o Plano Plurianual para o período 2016-2019. Disse que há um grupo de conselheiros que integrará o Fórum Interconselhos, nos dias 28 e 29 de julho. E depois o CNS deve apresentar demandas e sugestões para o Plano Plurianual. Consultor da Cofin, **Francisco Funcia** apresentou a análise da comissão para o primeiro quadrimestre deste ano. Explicou que houve contingenciamento, até o fim de abril, então o MS trabalhou neste período praticamente com orçamento parcial. Falou para os conselheiros prestarem atenção no documento: onde estiver escrito os termos OCC e ASPS significa, respectivamente, Outros Custeios de Capital e Ações e Serviços Públicos de Saúde. São despesas que integram a aplicação mínima do Ministério. Dotação Atualizada foi o aprovado para execução e o Disponível para Empenho, o que pode ser usado desta dotação. Francisco Funcia falou que, de programação própria, tinha R\$ 92 bilhões de dotação, até 30 de abril, e foram liberados R\$ 80,8 bilhões para execução, o restante estava contingenciado. De Outros Custeios de Capital, o nível de empenho foi de 46%, o que é considerado adequado, segundo o consultor, pois está acima do parâmetro de 33%. Porém, é um número “preocupante”, pois 46% do orçamento já estava comprometido nos quatro primeiros meses do ano. Já a liquidação, que está em 27%, e o parâmetro é 25%, torna este valor um número adequado e bem próximo do “ideal”. Depois, Francisco Funcia apresentou o **Relatório da Cofin**. *A COFIN/CNS realizou mais uma vez a tarefa de analisar o Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde (MS); desta vez, referente ao exercício de 2014 (RAG 2014/MS). Pelo sétimo ano consecutivo, a COFIN/CNS exerceu o seu papel legal de fiscalização, controle e proposição, bem como de avaliação dos encaminhamentos do gestor federal de saúde em relação às ressalvas apresentadas pelo CNS quando das deliberações sobre os RAG's dos exercícios anteriores, as quais assumem caráter de recomendação para o aprimoramento da gestão do SUS pelo MS em respeito aos preceitos legais – Constituição Federal, Lei 8080/90, Lei 8142/90 e Lei Complementar 141/2012 (LC 141). Além disso, a COFIN/CNS resgatou a avaliação realizada pelo CNS sobre o Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral – 3º Quadrimestre/2014 do MS. Inicialmente, há uma observação metodológica a ser considerada sobre o RAG 2014/MS, reiterando o apontamento feito pela COFIN/CNS sobre o RAG 2013/MS: as comparações quantitativas deste Relatório Anual deveriam apresentar também a execução de 2014 em relação ao ano anterior. Contudo, em algumas partes do RAG 2014/MS, foram apresentadas séries históricas, que são importantes, mas insuficientes para a análise de um Relatório Anual; além disso, para o caso da avaliação do cumprimento das metas físicas, foram apresentadas as comparações das metas atingidas em 2014 em relação às previstas. Por fim, a estrutura de apresentação desta análise e Minuta de Parecer sobre o RAG 2014/MS manteve a sequência dos tópicos apresentados no próprio Relatório, com a identificação das páginas referentes aos comentários realizados. As considerações finais consolidam os aspectos analisados sob a forma de um Parecer Técnico Parcial, que será complementado pela análise que as demais comissões realizarão sobre a Execução das Diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas, a ser submetido ao Conselho Nacional de Saúde para deliberação final.* **A. ANÁLISE DO RAG 2014/MS 1.1. Do Tópico “Introdução”** A “Introdução” atende aos principais quesitos estabelecidos para esse tópico do RAG 2014/MS, sendo necessário, assim como ocorreu para o RAG 2013/MS, um esclarecimento, a partir do trecho abaixo transcrito, sobre o que se entende por “consolidação dos desempenhos das três esferas de gestão”, qual foi a Metodologia adotada para esse fim e para quais aspectos do RAG essa consolidação está presente: “Consta do RAG aqui apresentado a consolidação dos desempenhos das três esferas de gestão, obtidos tanto das decisões das direções únicas dos entes federativos, como também da execução nacional e centralizada das intervenções em saúde.” **1.2. Do Tópico I “Cumprimento da Aplicação em Ações**

**e Serviços Públicos de Saúde (LC nº 141/2012)”** O RAG 2014/MS evidencia que o valor aplicado em ASPS ficou acima do valor mínimo calculado, segundo a LC 141 (artigo 5º). É importante considerar que, para o cômputo desta aplicação, foram consideradas despesas financiadas com recursos próprios vinculados ao Ministério de Saúde (administração direta e indireta), em desacordo com o que estabelece a LC 141, assunto que será retomado posteriormente. Porém, dois aspectos devem ser destacados: a recomposição de Restos a Pagar cancelados (R\$ 344,7 milhões) não respeitou o que determina a LC 141 (artigo 24, §2º), isto é, **não houve a compensação, como aplicação adicional ao mínimo do valor total dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos em 2013 na execução orçamentária de 2014. ESTA SITUAÇÃO JÁ FOI OBJETO DE RESSALVA NO RAG 2013** - Diante do procedimento imposto pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima legal como aplicação máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “Piso=Teto”), o dispositivo da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2014, que estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das Emendas Parlamentares individuais, equivalente a 0,6% das Receitas Correntes Líquidas, **impôs ao Ministério da Saúde a necessidade de realocar recursos de outras programações para este fim**, o que pode ser confirmado a partir da seguinte observação extraída do RAG 2014: “...a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2014 (Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013), trouxe novos desafios para a execução do Ministério da Saúde, no sentido de aprimorar sua capacidade de gestão entre sua programação própria e as proposições do Parlamento ao Orçamento da União, por meio de Emendas Parlamentares individuais, no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos da atuação setorial, diante da possibilidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras”. Assim sendo, **seria importante que o MS informasse quais foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como decorrência dessa realocação orçamentária para cumprir a execução obrigatórias das Emendas Parlamentares individuais**. A Tabela 2 apresentada na página 6 do RAG 2014/MS compara a autorização da despesa com ASPS na Lei Orçamentária somada à abertura de créditos adicionais (LOA Atualizada), no valor de R\$ 97,9 bilhões, com o valor disponibilizado para empenhos e pagamentos pelo Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão, no valor de R\$ 92,4 bilhões, evidenciando um elevado contingenciamento (diferença de R\$ 5,5 bilhões entre a LOA Atualizada e o valor disponibilizado para empenho). **Com isso, ficou indisponível a utilização de recursos orçamentários para as Ações e Serviços Públicos de Saúde, com a seguinte composição:** a) Programação própria: R\$ 5,5 bilhões; b) Emendas (Individuais e Coletivas): R\$ 3,4 bilhões. **Com esse contingenciamento, foi disponibilizado um valor muito próximo da aplicação mínima, comprovando a adoção pela área econômica do governo federal da lógica “Piso=Teto”**. O Ministério da Saúde foi mais uma vez prejudicado pelo contingenciamento orçamentário, mesmo o governo federal sabendo da necessidade de recursos adicionais para o financiamento adequado do SUS. **Porém, o RAG 2014/MS não detalhou quais foram as despesas classificadas como Programação Própria e Emendas que não puderam ser realizadas por causa do contingenciamento imposto pela área econômica do governo federal. Também não há no RAG 2014/MS a indicação dos critérios para a escolha das despesas que não puderam ser executadas ou que foram executadas parcialmente, nem a classificação do que não foi executado por bloco de financiamento em decorrência desse contingenciamento**. À guisa de ilustração, considerando as informações da Execução Orçamentária de exercícios anteriores, a economia orçamentária (diferença entre o valor da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços correntes (valor nominal) no período 2008 a 2014 totalizou R\$ 30,5 bilhões, isto é, recursos orçamentários que não foram disponibilizados para empenho. As informações da Tabela 3 apresentam os valores empenhados na função de governo “Saúde”, segundo as subfunções, evidenciando que os valores das despesas na “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” representaram quase a metade do total (48,3%). Por outro lado, a Tabela A.3 a seguir, elaborada com as informações obtidas na página 7 do RAG 2014 e nos RAG’s anteriores, **indica que a razão das despesas empenhadas em “Atenção Básica – AB” em relação a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial – AHA” foi 0,42 e representou um aumento de 8,36% em relação a 2013, bem como um aumento acumulado de 24,27% no período 2009 a 2014**. Do ponto de vista da Execução Orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2014 foi de R\$ 92,243 bilhões, o que representou um nível de Execução Orçamentária de 94,2% da dotação atualizada (LOA + Créditos Adicionais). Segundo critério adotado pela COFIN/CNS, esse nível de Execução Orçamentária foi classificado como regular (faixa entre 90% e 98%). O nível de empenhamento por unidade orçamentária foi inadequado (inferior a 90% da dotação atualizada) para FUNASA; regular (entre 90% e 98% da dotação atualizada) para FNS, FIOCRUZ, ANVISA e ANSS; e adequado (acima de 98% da dotação atualizada) para o GHC. **Não há nenhuma justificativa no RAG sobre os motivos dos níveis de empenho classificados como inadequados e regulares**. Além desta análise do nível de empenhamento, outro indicador importante a ser considerado é o nível de pagamento, considerado inadequado (abaixo de 82%) para os seguintes itens: O RAG 2014/MS apresenta os valores do Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, no exercício de 2014 por Estado, bem como os decorrentes de sentença judicial. **O RAG não informou se o MS possui uma avaliação da representação desses gastos**

**oriundos de sentenças judiciais nos estados e municípios, nem se apurou o valor total em termos consolidados (nas três esferas de governo).** Tabela 6 do RAG 2014/MS apresenta os valores transferidos para estados e municípios, divididos segundo a modalidade convencional e fundo a fundo. A partir dessas informações, foi possível apurar as participações percentuais dessas transferências para estados e municípios, a maior parte na modalidade fundo a fundo, nos termos da LC 141, e 72,5% do total das transferências (valores pagos) foi para os municípios. Quanto às modalidades, as transferências fundo a fundo representaram 99,7%, o que está de acordo com a regra estabelecida pela LC 141. O detalhamento dessa transferência por Unidade da Federação e por bloco de financiamento encontra-se nas Tabelas 7, 8 e 9 do RAG 2014/MS. A diferença entre o valor total empenhado e o valor total liquidado é de R\$ 3.630.202.979,09 e **não há no RAG 2014/MS nenhuma informação sobre o que significou essa diferença para o financiamento das ASPS dos estados e municípios. Não há no RAG a indicação clara do que se caracteriza como transferência fundo a fundo, mais precisamente, se a transferência classificada como fundo a fundo obedeceu ao critério de ser direta, regular e automática, conforme legalmente estabelecida.** O fato de depositar de um fundo (federal) para outro fundo (municipal ou estadual) não assume a característica de ser transferência direta, regular e automática nos termos da LC 141.

**1.4. Do Tópico III “Restos a Pagar do Ministério da Saúde”** Em 2014, os cancelamentos totalizaram R\$ 904,9 milhões, equivalente a 5,8% do valor total inscrito e reinscrito. Os pagamentos representaram menos da metade (48,9%) do valor total inscrito e reinscrito, restando em 31/12/2014 um saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões (equivalente a 45,3% do total inscrito e reinscrito), **situação que não demonstra um elevado grau de comprometimento com o pagamento dessas despesas conforme afirmado na página 21 do RAG 2014/MS.** Deste saldo a pagar, **R\$ 6,1 bilhões são “não processados” (ou não liquidados), sem nenhuma explicação a respeito da real possibilidade de execução desses Restos a Pagar em 2015, fator preocupante tanto por se tratarem de despesas do período 2003 a 2013.** Como os empenhos a pagar no final de 2014 totalizaram R\$ 7,751 bilhões (dos quais, R\$ 7,135 bilhões referentes a ASPS), em 2015, a execução financeira dos Restos a Pagar terá como ponto de partida um valor total inscrito e reinscrito de aproximadamente a R\$ 15,0 bilhões. É importante reforçar que o Caput do Artigo 24 e seus incisos I e II da LC 141 estabeleceu que o cálculo da aplicação mínima em Ações e Serviços de Saúde considerará as despesas empenhadas, liquidadas ou não no exercício, sendo que 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 desse artigo. Sob a ótica deste dispositivo legal, **o RAG 2014/MS não evidenciou a existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS, no valor de aproximadamente R\$ 15,0 bilhões, para que se comprove a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para 2014.** Após o advento da LC 141, o empenhamento da despesa é condição necessária, mas não suficiente para que se comprove a aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da administração indireta do MS tenham recursos em caixa correspondentes ao saldo a pagar dos empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar apurados em 31 de dezembro de 2014. **Essa condição legal não está comprovada no RAG 2014/MS.**

**B. Considerações Finais** A análise do RAG 2014/MS permitiu a COFIN/CNS avaliar a gestão do Ministério da Saúde sob a ótica orçamentária e financeira, procurando verificar o cumprimento da LC 141. Em termos gerais, quanto à estrutura, o RAG 2014/MS atende aos requisitos legais e infralegais estabelecidos para esse documento. Quanto ao conteúdo analisado, alguns aspectos puderam ser destacados, conforme seguem.

B.1) As comparações quantitativas deste Relatório Anual deveriam priorizar a execução de 2014 em relação ao ano anterior. Essa metodologia não foi adotada pelo MS: para a avaliação do cumprimento das metas físicas, foram apresentadas as comparações das metas atingidas em 2014 em relação às programadas ou previstas, mas não foram apresentadas as comparações com as realizadas em 2013 para avaliação do nível de execução de um ano para o outro, à luz da restrição orçamentária e financeira estabelecida pela área econômica do governo.

B.2) Na introdução do RAG 2014/MS, consta que o Relatório trata da “consolidação dos desempenhos das três esferas de gestão”, quando na verdade refere-se somente ao desempenho da União. Ainda que cerca de 2/3 dos recursos do MS sejam transferidos para o Distrito Federal, estados e municípios, o RAG 2014/MS não avalia o desempenho das demais esferas de gestão. A avaliação do cumprimento das metas estabelecidas na PAS e no PNS não possibilita conhecer o desempenho dos estados, Distrito Federal e municípios.

B.3) A LDO 2014 estabeleceu que as emendas individuais parlamentares são de Execução Orçamentária obrigatória no montante de 0,6% das Receitas Correntes Líquidas, sem a destinação de recursos adicionais para este fim. Diante da lógica imposta pela área econômica do governo de considerar a aplicação mínima legal como aplicação máxima efetiva (popularmente denominada como a lógica “Piso=Teto”), Assim sendo, seria importante que o MS informasse quais foram as ações que não foram executadas total ou parcialmente como decorrência desta exigência.

B.4) A economia orçamentária (diferença entre o valor da dotação atualizada e o valor empenhado) a preços correntes (valor nominal)

no período 2008 a 2014 totalizou mais de R\$ 30,0 bilhões (valor nominal), consequência direta da adoção da lógica “Piso=Teto”. B.5) Considerando a análise da despesa empenhada por subfunção de governo diretamente vinculada à Função Saúde, é possível inferir que a restrição orçamentária e financeira citada anteriormente “sacrificou” principalmente as despesas empenhadas com Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, cujas variações anuais percentuais foram as mais baixas na Execução Orçamentária de 2014. B.6) A razão das despesas empenhadas em “Atenção Básica – AB” em relação a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial – AHA” foi 0,42 e representou um aumento de 8,36% em relação a 2013, bem como um aumento acumulado de 24,27%, no período 2009 a 2014. Ficou evidenciado um crescimento lento na priorização de gasto para a atenção básica, muito provavelmente em função do subfinanciamento histórico do SUS, agravado pela Execução Orçamentária obrigatória das Emendas Parlamentares individuais sem a contrapartida de recursos adicionais para este fim. B.7) Do ponto de vista da Execução Orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2014, de R\$ 92,243 bilhões, representou um nível de Execução Orçamentária de 94,2% da dotação atualizada (LOA + Créditos Adicionais), classificado como regular (faixa entre 90% e 98%). B.8) O nível de empenhamento por unidade orçamentária foi inadequado (inferior a 90% da dotação atualizada) para FUNASA; regular (entre 90% e 98% da dotação atualizada) para FNS, FIOCRUZ, ANVISA e ANSS; e adequado (acima de 98% da dotação atualizada) para o GHC. B.9) Dos quinze itens de despesas com valores empenhados acima de R\$ 1,0 bilhão, dez tiveram nível de empenho adequado (Média e Alta Complexidade/FNS, Programa Saúde da Família/FNS, Medicamentos Excepcionais/FNS, PAB Fixo/FNS, Incentivo Financeiro Vigilância em Saúde/FNS, Vacinas e Vacinação/FNS, Vacinas e Vacinação/FIOCRUZ e Farmácia Básica-PAB/FNS, Pessoal Ativo, Pessoal Inativo); um nível de empenho regular (Qualificação Profissional do SUS) e quatro tiveram nível de empenho inadequado (Saúde Indígena/FNS Farmácias Populares/FNS, Emendas Parlamentares e Outros Programas do FNS). B.10). Os municípios receberam 72,5% dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, enquanto os estados receberam 27,5% em 2014, a maior parte na modalidade fundo a fundo: em termos consolidados, as transferências fundo a fundo representaram 99,7% dos valores pagos a estados e municípios, o que está de acordo com a LC 141/2012. Porém, há que se ressaltar que o conceito legal de “Transferências Fundo a Fundo” como sendo a “transferência direta, regular e automática” não está sendo respeitada, pois, na prática, considera-se “fundo a fundo” quaisquer transferências financeiras do FNS para os Fundos Estaduais e Municipais, mesmo aquelas que envolvem “vontades entre as partes”, como são os convênios. B.11) Sob a vigência da LC 141, foram cancelados R\$ 2,5 bilhões de Restos a Pagar em 2012 (R\$ 1,2 bilhão) e 2013 (R\$ 1,3 bilhão), valor que deveria ter sido compensado como aplicação adicional na Execução Orçamentária de 2014. Porém, a compensação foi de apenas R\$ 344,7 milhões, restando pendente uma aplicação de R\$ 2,2 bilhões. Os pagamentos representaram menos da metade do valor total inscrito e reinscrito, restando em 31/12/2014 um saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões (equivalente a 45,3% do total inscrito e reinscrito). B.12) Deste saldo a pagar de R\$ 7,1 bilhões, R\$ 6,8 bilhões são Restos a Pagar “não processados” (ou não liquidados), sem que o RAG 2014/MS avalie a real possibilidade de execução em 2015, fator preocupante por se tratarem de despesas do período 2003 a 2013. B.13) Sob a ótica do Artigo 24 e seus incisos I e II da Lei Complementar nº 141/2012, o RAG 2014/MS não evidenciou a existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS (em torno de R\$ 15,0 bilhões). Após o advento da LC 141, o empenhamento da despesa é condição necessária, mas não suficiente para que se comprove a aplicação mínima em ASPS: é preciso que as contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da administração indireta do MS tenham recursos em caixa correspondentes ao saldo a pagar dos empenhos do exercício e ao saldo a pagar dos Restos a Pagar apurados em 31 de dezembro de 2014. B.14) O demonstrativo das receitas próprias do Ministério da Saúde totalizaram R\$ 4,9 bilhões, cujas despesas financiadas com esses valores não poderiam ser computadas no cálculo da aplicação mínima legal em Ações e Serviços Públicos de Saúde, tanto porque assim exige a Lei Complementar nº 141/2012 (art.4º, Inciso X), como pelo fato de caracterizar em vários casos um processo de retroalimentação financeira ou “dupla contagem”, como por exemplo, restituições de convênios, cujos valores serviram para computar a aplicação em saúde nos anos anteriores. Porém, se o Ministério da Saúde adotasse essa interpretação, não teria como empenhar despesas adicionais pelo fato da área econômica não disponibilizar tais recursos e não teria atingido o valor da aplicação mínima. B.15) É possível concluir que o MS tem excelente capacidade de execução para as despesas que representam transferências a estados, DF e municípios. Portanto, se houver mais recurso para o MS executar em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no âmbito do SUS, a população seria beneficiada em termos quantitativos (mais serviços) e qualitativos, principalmente porque a maioria das despesas do MS assume a forma de transferências para os estados e municípios. Contudo, a transferência de recursos financeiros para estados, DF e municípios foi realizada sem aprovação dos critérios pelo CNS, conforme estabelece a LC 141. B.16) A Execução Orçamentária não pode ser considerada um indicador automático da gestão do Ministério da Saúde, mas é imprescindível para avaliar essa gestão. Mas, seria importante também acompanhar a Execução Orçamentária das três esferas de governo, pois o CNS é um Conselho “Nacional”, e não “Federal”. Além disto, as Receitas Correntes (Bruta e Líquida) e Total da

União deveriam ser apresentadas tanto no RAG, como nos Relatórios de Prestação de Contas  
 trimestrais, pois é ferramenta para o debate do Conselho sobre a alocação dos recursos  
 arrecadados pela União. B.17) Não ficou evidenciada no RAG 2014/MS a forma como a União está  
 prestando cooperação técnica aos municípios nos termos da LC 141. A Comissão Intergestores  
 Tripartite está com um Grupo de Trabalho que ainda não concluiu a discussão sobre o novo critério de  
 rateio dos recursos para os estados e municípios, que deverá ser submetido para aprovação do CNS. É  
 preciso superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada. a) As Metas PNS (2012-2015)  
 de números 1, 2, 4 a 8, 10, 14, 16 e 17 foram cumpridas de maneira satisfatória ou houve uma  
 justificativa aceitável do cumprimento parcial ou incompleto. Contudo, faz-se necessário tecer algumas  
 considerações sobre as Metas do PNS (2012-2015) associadas às Metas PAS 2014, em relação ao  
 descompasso entre o que foi programado e realizado. b) Quanto à Meta 3 (Ampliar em 33,6 mil o  
 número de ACS, passando de 250,6 mil agentes em dezembro de 2011 para 284,2 mil até 2015), ao  
 longo de 2014, houve um aumento de 7.762 ACS, totalizando 265.698 ACS no país. Com esta  
 informação, percebe-se que da meta global para o período de 4 anos do PNS (2012-2015), somente  
 44,94% foi alcançada nos últimos 3 anos. Como falta apenas um ano para completar o período  
 quadrienal, esta meta deveria ser priorizada em 2015, sob pena do não cumprimento em sua totalidade,  
 repercutindo diretamente na Atenção Básica no país. c) Em relação à Meta 9 (Implantar 416 CEOs  
 passando de 882 em dezembro de 2011 para 1.298 em 2015), ao longo de 2014, houve a implantação  
 de apenas 42 CEOs, ou seja, 28% do que estava programado para o ano. Esta situação pode repercutir  
 seriamente na qualidade do Programa de Saúde Bucal no país. Porém, ainda há possibilidade de  
 cumprimento da meta acumulada para o quadriênio. d) Em relação à Meta 11 (Requalificar 235 serviços  
 de saúde existentes no sistema prisional), foi informado que apenas 22 serviços foram requalificados em  
 2014, representando apenas 9,36% da meta global para o quadriênio. É muito preocupante tal situação,  
 agravando assim a situação precária dos presidiários em nosso país. e) Em relação à Meta 13  
 (Ampliação do tratamento do câncer, com incremento de 25% das cirurgias oncológicas e de 5% dos  
 procedimentos quimioterápicos no Brasil, até 2015), 70% da meta programada para o ano foi cumprida,  
 mas o não cumprimento na sua totalidade representou a não realização de cerca de 7.530  
 procedimentos cirúrgicos na oncologia, uma área tão sensível e impactante na comunidade usuária. f)  
 Portanto, retirar o número 115.262 e colocar 7.530 e o restante do texto permanece igual! g) Para a  
 Meta 15 (Concluir o novo complexo integrado do INCA), foi informado que apenas 1,02% do Complexo  
 foi implantado em 2014, atingindo um acumulado para o quadriênio de 14% de implantação. h) Quanto à  
 Meta 18 (Implantar o Plano de Expansão de Radioterapia, que contempla 80 serviços, sendo 39  
 ampliações de serviços já habilitados e 41 novos serviços até 2015), nada avançou ao longo de 2014, já  
 que os projetos básicos de ampliação propostos pela empresa vencedora da licitação estão sendo  
 avaliados pelo Ministério da Saúde e não houve nenhuma informação sobre a implantação de 12 novos  
 serviços programados para o ano. Entendemos ser de grande valia a melhora e a ampliação do número  
 de procedimentos cirúrgicos em pacientes oncológicos, pois apesar da Lei garantir o tratamento na rede  
 pública na área de oncologia em 60 dias, grande parte dos tratamentos instituídos requerem  
 procedimentos invasivos e assim esta meta tem que ser plenamente cumprida ou até excedida. É  
 extremamente preocupante que uma das principais referências na Oncologia no Brasil (INCA) não  
 conseguiu concluir seu novo Complexo Integrado, bem como o atendimento em Radioterapia também  
 está deficiente e seriamente comprometido em todo o território nacional. Desta forma, para uma  
 temática que representa a segunda causa de mortalidade no país, torna-se imperioso a tratativa desta  
 questão com muita seriedade e priorização, pois esta condição não permite adiamentos ou atrasos na  
 infraestrutura, comprometendo irreversivelmente a sobrevida de muitos usuários. B.20) Em relação à  
 Diretriz 2: “Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU,  
 PS e Centrais de Regulação, articulando-a com outras redes de atenção”: a) As Metas PNS (2012-2015)  
 de números 1, 3 e 4 foram cumpridas de maneira satisfatória e devem ser consideradas como iniciativas  
 de grande impacto na qualidade da abordagem ao paciente na rede de urgência e emergência.  
 Contudo, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre as Metas do PNS (2012-2015)  
 associadas às Metas PAS 2014, em relação ao descompasso entre o que foi programado e realizado. b)  
 Quanto à Meta 2 (Implantar ou expandir 64 novas centrais de regulação do SAMU até 2015), apenas  
 31,3% da meta programada para o ano de 2014 foi cumprida e apenas 37,5% da meta global do  
 quadriênio foi realizada. c) Para a Meta 5 (Implantar 500 UPAs, passando de 596 em 2011 para 1.096  
 até 2015), apenas 35,7% da meta do PNS foi cumprida, impactando diretamente no acesso da  
 população usuária a uma das mais requisitadas portas de entrada do sistema U/E. Em uma situação  
 específica de U/E, a população usuária necessita de um atendimento imediato e com qualidade, tendo  
 na UPA a real expectativa de solução de sua sintomatologia ou condição crítica. Tanto o SAMU quanto  
 as UPAs são importantes equipamentos de consolidação de uma política de atenção especializada e  
 necessária na U/E, sendo que necessitam cada vez mais de investimentos, tanto na implantação,  
 quanto na operacionalização de sua logística, além de incentivos no tocante à capacitação e à fixação  
 de profissionais, com perfis adequados e qualificados neste setor. B.21) Em relação à Diretriz 3:  
 “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”,  
 com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade: a) Algumas ações de saúde não

atingiram as metas previstas na PAS-2014, o que pode impactar o cumprimento da meta quadrienal do PNS-2012/2015. Não foi possível avaliar o que ocorreu nos estados e municípios, pois estes entes conseguem desempenhar total ou parcialmente as ações que direta ou indiretamente refletem na Diretriz 3, como por exemplo: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, NutriSUS – Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó, Atenção a Saúde da Mulher, Criança, Adolescentes, Jovens e do Homem, Reaparelhamento das unidades do SUS, Ações do DST e dentre outras. b) As metas de números 15, 16, 17 e 18 foram cumpridas; as metas de números 01, 03 e 10 cumpriram a programação do PNS/2012/2015, enquanto as metas de números 04, 07, 08, 09, 14 foram parcialmente cumpridas; e as metas de números 02, 05, 06, 11, 12 e 13 não foram cumpridas. c) Quanto à aplicação dos recursos, foi possível observar que, para a “Rede Cegonha”, havia uma dotação inicial de R\$ 195.556.400 que foi reduzida para R\$ 160.056.400 e foi executado R\$ 117.375.801, abaixo do limite fixado, ficando restos a pagar de R\$72.764.852. O saldo orçamentário foi considerado alto, o que pode explicar o não cumprimento de algumas metas. Outras ações também apresentaram saldos orçamentários elevados em relação à dotação inicial, sem explicação para a não realização de despesas diante da existência de déficits de ações de serviços de saúde. B.22) Em relação à Diretriz 5: “Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção”: a) As metas de números 01, 02, 03, 04 e 05 foram cumpridas, enquanto as metas de números 06 e 07 foram parcialmente cumpridas. B.23) Em relação à Diretriz 6: “Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais”: a) Uma pouco abaixo da metade das metas (42,9%) atingiu satisfatoriamente a previsão para o final do PNS, atingindo uma performance correspondente a mais de 75%. b) As metas que obtiveram uma situação satisfatória corresponderam a 28,6% do total, enquanto o mesmo percentual ficou abaixo da linha crítica de execução. Nesta situação, chama a atenção os contratos de ação pública (COAP) com os estados e municípios com serviços de média e alta complexidade, na área de abrangência, que não tiveram qualquer realização nos três primeiros anos do PNS. B.24) Em relação à Diretriz 7: “Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde”: a) As Metas PNS (2012-2015) de números 1 a 5, 11, 13 a 16, 18 a 22, 24, 29, 30 e 35 foram cumpridas de maneira satisfatória ou houve uma justificativa aceitável do cumprimento parcial ou incompleto. Contudo, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre as Metas do PNS (2012-2015) associadas às Metas PAS 2014, em relação ao descompasso entre o que foi programado e realizado. b) Quanto à Meta 6 (Implantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos), não houve implantação de obras em 2014 e, até agora, no acumulado do período, apenas 42,9% do PNS foi contemplado. c) Para a Meta 7 (Implantar obras de saneamento em 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais), Meta 8 (Beneficiar 400 municípios com pop. abaixo de 50 mil habitantes com implantação ou ampliação de sistema de resíduos sólidos urbanos) e Meta 9 (Beneficiar 500 municípios com pop. abaixo de 50 mil habitantes com a implantação de melhorias sanitárias domiciliares), foi informado que em 2014 não houve nenhuma evolução no cumprimento destes itens, dificultando seriamente o cumprimento da meta prevista para o quadriênio restando apenas o ano de 2015 para este fim. d) Para a Meta 10 (Contratar 2.703 projetos de engenharia de sistema de abastecimento de água ou esgotamento sanitário, para apoio à execução de intervenções nestes âmbitos, em municípios com pop. abaixo de 50 mil hab. com baixos índices de acesso aos serviços ou qualidade insatisfatória), não houve nenhum avanço, pois apenas 205 projetos foram liberados para contratação, atingindo somente 16,15% da meta global para o quadriênio 2012-2015. e) Para a Meta 12 (Aumentar em 35% a cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN), constatou-se que apenas 59,6% da meta quadrienal do PNS foi cumprida, indicando que não será possível cumprir a meta programada porque resta apenas o ano de 2015 para este fim. f) Quanto à Meta 15 (Reduzir a incidência de AIDS de 20,2/100mil hab. em 2011 para 18,9/100mil hab. em 2015), considerando a falta de informações sobre o seu cumprimento em 2014, aliada aos dados de 2013, percebe-se que houve um retrocesso, com o aumento na incidência. Para tanto, a tentativa de reversão deste quadro de aumento de incidência deve rapidamente ser priorizado, dando assim importância devida à política nacional DST/AIDS. g) Em relação à Meta 17 (Ampliar para 70% o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) de tetravalente/pentavalente em menores de 1 ano, em todos os anos, até 2015), foi informado que apenas 82,8% da meta foi atingida, expondo assim a necessidade de adoção de medidas mais efetivas de conscientização e de sensibilização dos pais ou responsáveis pela população alvo. h) Quanto à Meta 20 (Reduzir a incidência parasitária anual por malária na Região Amazônica em 30%, passando de 13,5/1mil hab. em 2010, para 9,45/1 mil hab. até 2015), não houve nenhuma informação do ano de 2014, nem do ano anterior, trazendo preocupação sobre a situação desta importante enfermidade tropical que assola principalmente a Região Norte de nosso país. i) Quanto à Meta 23 (Ampliar o percentual de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – que desenvolvem ações de vigilância em saúde do trabalhador, passando de 12% em 2010 para 100% em 2015), apesar da realização da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em 2014, ainda há



uma necessidade urgente de priorizar esta meta, pois apenas 77,7% foi realizada. j) A Meta 25 (Ampliar em 25% o número de amostras de água analisadas para o parâmetro coliforme total, passando de 25% em 2010 para 50% até 2015) e Meta 26 (Ampliar em 25% o número de amostras de água analisadas para o parâmetro turbidez, passando de 25% em 2010 para 50% até 2015) não foram priorizadas, pois 92,0% e 68,1% das metas para 2014 foram cumpridas respectivamente. Sabendo-se da importância das condições sanitárias que circundam o ser humano, repercutindo diretamente no bem-estar desejado a toda população, percebe-se a necessidade de melhorar estes parâmetros em 2015, para o cumprimento pleno destas metas. k) Para a Meta 27 (Implantar a Vigilância em Saúde de populações expostas a agrotóxicos nas 27 UF até 2015) e Meta 28 (Ampliar o percentual de municípios prioritários realizando notificação no SINAN dos casos de intoxicação exógena por agrotóxicos, passando de 30% em 2013 para 100% em 2015), observa-se o cumprimento de 90% e 86% das metas programadas para 2014, respectivamente, mas pela relevância do tema, entende-se ser de suma importância o cumprimento pleno, pois cada vez mais a população fica exposta aos efeitos nocivos dos agrotóxicos em sua alimentação. l) Em relação à Meta 31 (Implantar técnicas de Biologia Molecular para diagnóstico de Dengue, Influenzae e meningite bacteriana em todos os 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACEN – até 2015), somente 68% da meta foi contemplada até o fim de 2014. Pela importância destas enfermidades no cenário da Saúde Pública, faz-se necessário buscar a urgente correção desta situação para melhorar o leque de opções para um diagnóstico mais preciso e precoce. m) Para a Meta 34 (Introduzir a vacina tetra viral – sarampo, rubéola, caxumba e varicela – no calendário vacinal infantil para crianças de 1 ano de idade – a partir de 1 ano e 3 meses – alcançando a cobertura de 95% até 2015), houve o cumprimento de 75,8% da meta programada para 2014, sendo que em 2015 ainda deverá ser prioritária a sensibilização dos pais ou responsáveis pelas crianças maiores de 15 meses, buscando a cobertura vacinal desejada. n) Para a Meta 35 (Implantar as academias de saúde, chegando a 4.000 unidades em 2015), foi informado que de 2011 a 2014 foram habilitados para construção 3.790 pólos de academia da saúde, mas não houve informação de implantação. Foram finalizadas 934 obras, sendo que apenas 275 pólos foram habilitados para custeio, repercutindo diretamente na promoção da saúde da população. Somente 29,4% das academias de saúde conseguiram custeio, o que pode representar um desestímulo por parte dos gestores locais em manter tais iniciativas. B.26) Em relação à Diretriz 8: “Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS”: a) Surpreende o fato de que a diretriz que orienta a assistência farmacêutica do SUS contenha apenas 3 metas: uma relacionada a dois componentes da política de sangue e hemoderivados, outra ao número de municípios atendidos com o programa “Aqui tem Farmácia Popular” e a terceira ao programa de fitoterápicos. É necessário reconhecer que essas metas estão muito longe de traduzir a diretriz “Garantir assistência farmacêutica no SUS”, tanto pela importância da diretriz, como pelo volume de recursos atribuídos no orçamento do MS. Dadas essas metas, duas foram cumpridas parcialmente e a de fitoterápicos não foi realizada. b) A parte descritiva não acrescenta nenhuma informação relevante sobre a assistência farmacêutica, passando ao largo da apreciação da distribuição de recursos entre seus diversos componentes, da população efetivamente atendida por cada um deles. As informações sobre a visita ao Peru e a constituição de Grupo de Trabalho estão muito distantes de abordar qualquer um desses aspectos. c) Recomenda-se fortemente que as metas para a assistência farmacêutica sejam reelaboradas em profundidade para traduzir a diretriz a que se referem. B.27) Em relação à Diretriz 9: “Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde”: a) As metas estão radicalmente distantes de traduzirem a diretriz proposta. Ambas foram cumpridas. Entretanto a relevância delas é nenhuma. b) A parte descritiva acrescenta informação relevante ao informar os montantes de ressarcimento ao SUS e ao processo de fiscalização de operadoras. c) Recomenda-se fortemente que as metas sejam reelaboradas em profundidade para traduzir a diretriz a que se referem. B.28) Em relação à Diretriz 10: “Fortalecer o Complexo Industrial e de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS”: a) As metas foram cumpridas. B.29) Em relação à Diretriz 11: “Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde”: a) As metas de números 02 a 04, 06, 07 e 10 foram cumpridas. As metas de números 05 e 08 foram cumpridas parcialmente. As metas de números 01 e 09 não foram cumpridas. b) Geralmente, estados e municípios apresentam uma baixa execução orçamentária relacionada a esta diretriz. Uma das metas não cumpridas refere-se à capacitação dos trabalhadores da regulação, área crucial para o SUS. Além disto, as metas de capacitação para profissionais de nível universitário foram cumpridas; porém, é preciso ampliar a capacitação para os profissionais que não tenham o nível universitário. B.30) Foi detectada uma inconsistência de valores da Tabela 9 do RAG com os disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do MS, exceto para os blocos de assistência farmacêutica e investimentos. Este fato requer esclarecimentos do Ministério da Saúde, pois a existência de informações inconsistentes dificulta o controle e acompanhamento da sociedade, comprometendo a transparência e a credibilidade das informações disponibilizadas. B.31) A questão do subfinanciamento do SUS foi agravada pela restrição orçamentária e financeira imposta ao Ministério da Saúde pela área econômica do governo

pelos seguintes motivos: a) Pela não liberação de todos os recursos autorizados na Lei Orçamentária, limitando a aplicação em Ações e Serviços de Saúde a um valor muito próximo da aplicação mínima estabelecida pela Lei Complementar nº 141, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 14 anos (exceto para o ano da epidemia da Influenza) de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo, fazendo com que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do que ocorreu nos estados e, principalmente, nos municípios. b) Pela não incorporação integral, no orçamento de 2014, dos valores dos Restos a Pagar cancelados em 2012 e 2013, conforme exige a Lei Complementar nº 141/2012, que representariam uma aplicação adicional ao mínimo de 2014, de cerca de R\$ 2,5 bilhões. É oportuno lembrar que o MS deixou de repassar para os estados e municípios cerca de R\$ 4,0 bilhões no final de 2014, regularizando esta situação no início de 2015, fato que poderia ter sido parcialmente evitado se a área econômica tivesse alocado os recursos legalmente estabelecidos como compensação dos Restos a Pagar cancelados. c) Por não estar disponível nas contas do Fundo Nacional de Saúde os valores correspondentes aos empenhos não pagos em 2014 e ao saldo de restos a pagar de exercícios anteriores, conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/2012: não basta empenhar a despesa para verificar o cumprimento da aplicação mínima; é preciso que os valores empenhados, mas que não foram pagos até o final do exercício, fiquem depositados nas contas do Fundo Nacional de Saúde. Se isto não ocorrer, o valor correspondente deve ser deduzido do cômputo da aplicação, cujo resultado faria com que o Ministério não atingisse o valor mínimo da aplicação em ASPS, descumprindo assim a Lei Complementar nº 141/2012. B.32) Este é o parecer técnico da COFIN/CNS referente tanto à análise dos aspectos orçamentários e financeiros do RAG 2014, como à avaliação preliminar da Execução das Diretrizes do Ministério da Saúde – Indicadores e Metas para subsidiar a análise das demais comissões do CNS. Logo após a apresentação, conselheiro **Ronald Ferreira**, que coordenava a Mesa, abriu inscrições para participação do Pleno. Conselheira **Ana Costa** elogiou o material e a apresentação de Francisco Funcia, por propiciar o debate no CNS sobre os gastos do MS. Falou que o Cebes questionou o Ministério sobre os cortes sofridos no orçamento e o MS disse que ainda não sabe quais programas e ações sofreram o impacto, mas existe uma indecisão sobre o limite autorizado para o empenho, que baixaria de R\$ 98 bilhões para R\$ 88 bilhões, seguindo o Decreto 8456. Entretanto, o Ministério orientará o corte das despesas discricionárias. Conselheira disse que foi retirado da área da saúde cerca de R\$ 890 milhões para as Pioneiras Sociais, o que equivale ao dobro do valor da vigilância epidemiológica e para compra de medicamentos para tratar HIV/AIDS e ao SAMU. Porém, falou que as Pioneiras Sociais “não tem portas abertas para o SUS”. Comentou ainda de um problema herdado de outros governos que é o orçamento para assistência médica a servidores. Disse ter somado somente os gastos da saúde e de instituições vinculadas, e chegou a R\$ 405 milhões, valor superior a vários programas do MS. Cofin apresentou o orçamento arrecadado pela DPVAT, porém sentiu falta das contas do ressarcimento para ir avaliando o significado da relação do MS com o sistema privado e o que vem sendo implementado. Falou também da baixa execução do fomento a pesquisa. Dos R\$ 84 milhões destinados a pesquisa, apenas 24% foram gastos, a execução não ultrapassou 0,24%. Pela primeira vez, a política que vinha sendo implementada parou de ser executada, pois o governo optou por ação direta junto aos fundos. Isso significou a “morte da pesquisa no Brasil”. Enfatizou que a parceria com o CNPq era fundamental porque tinha uma lógica diferente no uso dos recursos. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que há baixa execução em várias áreas. Comentou que a Funasa gastou os recursos em função dos servidores e não em saneamento básico. Tem áreas do MS que gastam mais do que os 33% de empenho, como a Sesai, que gasta 46%. Explicaram para a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS) que R\$ 100 milhões foram cortados pelo Ministério ter feito um gasto antecipado. Disse estar preocupado com a área dedicada às crianças, que deveria ser prioritária, segundo a CF. Falou que a Comissão de Criança, Adolescente e Jovem do CNS propõe Recomendação para que não haja redução nestas áreas, que seria apresentada no segundo dia de reunião. A Lei nº 13.019, que entra em vigor em julho, regulará as parcerias do governo e vai reger o processo de fomento público, que antes era feito por convênios. Envolverá participação de órgãos externos e conselhos de saúde, inclusive há previsão de recursos para capacitação de conselheiros. Conselheira **Michely Ribeiro** criticou o fato de os gastos com assistência médica a servidores serem bem altos. Falou que os gastos de R\$ 148 milhões do MS com a Agência Nacional de Saúde Complementar são usados para regulamentar serviços que não são ofertados na rede SUS, e poderiam ser gastos em serviços da rede. Em relação a pesquisas, disse que nem sempre se leva em consideração a análise dos indicadores de saúde, considerando os determinantes sociais, como o quesito raça/cor. Conselheira mencionou as 23 linhas de pesquisa mais recentes, e não viu nenhum verbete sobre o quesito raça/cor. Conselheira **Marisa Furia** disse que, assim como a conselheira Michely Ribeiro, preocupa-se com os gastos com assistência médica a servidores. Solicitou envio de informações aos conselheiros nacionais de saúde sobre esses gastos. Disse que já fez um pedido formal antes, em Plenária. Seria bom reverter este dinheiro para ações do SUS e funcionários que usassem o Sistema Único de Saúde. Sobre a área de saúde da pessoa com deficiência, disse que o MS envia verba para municípios que estão construindo centros de reabilitação, além dos recursos para atendimento. Gostaria de saber de quanto é este gasto, se é suficiente ou não. Conselheiro **Renato Barros** pediu esclarecimento sobre suspensão do repasse do governo federal para cirurgias eletivas em

Minas Gerais. Prefeitura de Belo Horizonte divulgou Nota Técnica a respeito do assunto e o estado também divulgou Nota para a população. Conselheiro gostaria de saber se a Cofin tem acesso a esses dados. Disse que isso representa uma insegurança para os usuários do SUS. Conselheiro **Alexandre Medeiros** disse que esta prestação de contas é parcial, representando o que foi gasto nos primeiros meses do ano. Em relação aos hospitais universitários, o empenho foi de R\$ 230 milhões; no transcorrer do ano as despesas vão sendo realizadas e empenhadas. Sobre a situação de Minas Gerais, vai pedir esclarecimento no MS sobre o que ocorreu. Falou que a transferência de recursos aos estados para assistência está sendo feita dentro do padrão habitual. O MS está se esforçando para não gerar dano à população. Conselheiro disse que, em Minas Gerais, muitos pagamentos foram colocados como Restos a Pagar, desde o governo anterior. E ressaltou a existência de problemas locais no uso dos recursos. Disse que apresentará depois ao CNS informe sobre o estado. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que os recursos utilizados para saúde dos servidores não são computados como gastos com saúde, mas como efeito assistencial previdenciário, integrando a remuneração e o resultado das negociações salariais. Isso foi materializado na Lei Complementar 141, que retirou também os gastos com Farmácia Popular dos gastos com serviços em saúde. Sobre planos de saúde, comentou que gerou polêmica na Plenária, pois alguns enxergam como conquista dos trabalhadores, e outros não, pois o valor para pagamento dos planos é descontado do imposto de renda. Consultor da Cofin, **Francisco Funcia**, esclareceu algumas dúvidas dos conselheiros. Sobre contingenciamento, disse que na reunião passada o Subsecretário de Planejamento e Orçamento, da Secretaria Executiva, Arionaldo Bomfim Rosendo, falou que ainda não está “desenhado” como o Ministério cuidará do contingenciamento. O MS está fazendo execução monitorada para garantir que não falem recursos em ações imprescindíveis. Falou que é uma discussão de natureza política, mais do que numérica. Em relação à baixa execução de ações da Sesai, falou que ocorreu também com outras áreas, pois despesa de exercício anterior onerou o orçamento de 2015. Disse ser preciso impedir que no fim deste ano ocorra repetição do que ocorreu em 2014. Prometeu trazer dados sobre a Agência Nacional de Saúde Complementar para a próxima reunião, explicando o que significa usar recurso público para este fim. Falou para a conselheira Michele Ribeiro especificar o que deseja saber sobre as pesquisas em um e-mail e o consultor repassaria a solicitação a SPO. Comprometeu-se também a enviar para todos os conselheiros os gastos do MS com assistência médica a servidores, no próximo mês. Conselheira **Marisa Furia** explicou que deseja saber o quanto é gasto da área voltada para pessoa com deficiência em oficinas, na compra de Órteses e Próteses, e não somente o valor total, quer um detalhamento. **Francisco Funcia** disse que, em reunião com o MS, soube que os repasses aos estados e municípios já tinha sido equacionados. Conselheiro **Ronald Ferreira** disse que a Cofin já consultou antes o Ministério da Saúde e agora consultará novamente sobre pesquisas na área de Ciência e Tecnologia; gênero e raça na especificação de Políticas Públicas; e dados sobre gastos para atendimento a pessoas com deficiência. Logo depois, conselheiro **Clóvis Bouffleur** leu proposta de **Recomendação para manutenção integral dos recursos orçamentários de 2015 em áreas estratégicas como atenção básica e programas que envolvam diretamente a segurança alimentar e nutricional, a saúde da mulher, da criança, do adolescente e do jovem**: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o disposto no artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012, da qual deriva a competência do Conselho Nacional de Saúde para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (1º Quadrimestre/2015) à Presidente da República; considerando os demais dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e 24; considerando o processo de “asfixia” orçamentária a que foi submetido o Ministério da Saúde como consequência da obrigatoriedade da execução orçamentária das emendas parlamentares individuais, nos termos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 86/2015, sem a incorporação de recursos adicionais ao orçamento do Ministério da Saúde; considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a Pagar de exercícios anteriores a 2014, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas e, portanto, ainda não efetivadas como Ações e Serviços Públicos de Saúde para o atendimento das necessidades da população; considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas três esferas de governo está abaixo de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo do mínimo de 7% do PIB dos padrões internacionais para sistemas públicos de saúde de caráter universal e gratuito; considerando o debate sobre financiamento realizado na 270ª Reunião Ordinária do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, no dia 10 de junho de 2015, que avaliou o Decreto nº 8.456, de 22 de maio de 2015, sobre o contingenciamento orçamentário de R\$11,774 bilhões do Ministério da Saúde; considerando que, além das Emendas Parlamentares, haverá contingenciamento nas despesas discricionárias, não obrigatórias e realizadas, desde que existam recursos orçamentários, podendo portanto atingir vários programas e projetos do Ministério da Saúde; e considerando que Criança é prioridade absoluta na Constituição Federal. Recomenda: Recomenda à Presidente da República a adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis com o objetivo de aprimorar o

desenvolvimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde no âmbito federal: 1. Que os valores dos Restos a Pagar cancelados em 2012 (R\$ 1,225 bilhão) e 2013 (R\$ 1,306 bilhão) sejam imediatamente acrescidos ao orçamento 2015 do MS, como despesas de aplicação adicional ao mínimo deste ano, com dotações específicas para esse fim, considerando que esta providência deveria ter ocorrido respectivamente até o final de 2013 e de 2014, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 (artigo 24, II, §2º). 2. Que a movimentação financeira das despesas do MS (Administração Direta) seja feita exclusivamente por meio do Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência de recursos financeiros compatíveis com os saldos de empenhos a pagar e com os saldos dos restos a pagar existentes nesta data, cumprindo assim a exigência da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente os artigos 14 (unidade orçamentária e gestora) e 24 (comprovação da aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde); 3. O cancelamento dos Restos a Pagar (pelo menos dos não processados) referentes a empenhos de 2013 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo tempo decorrido até o momento, que deverão ser compensados em 2016 como aplicação adicional ao mínimo do próximo ano, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, artigo 24, II, §2º. 4. A manutenção integral dos recursos orçamentários de 2015 em áreas estratégicas como atenção básica e programas que envolvam diretamente a segurança alimentar e nutricional, a saúde da mulher, da criança, do adolescente e do jovem. **Deliberação: Proposta foi aprovada pelo Pleno.**

**SOLICITAÇÕES:** Conselheiro **Renato Barros** solicitou esclarecimento sobre suspensão do repasse do governo federal para cirurgias eletivas em Minas Gerais. Conselheira **Marisa Furia** pediu envio de informações aos conselheiros nacionais de saúde sobre gastos com assistência médica a servidores.

**Deliberação: Pleno do Conselho aprovou Recomendação a Presidência da República, sem abstenções. Não houve votos contrários ou abstenções.** Antes de encerrar a reunião, o conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** comunicou o Pleno de que o item 05 havia sido adiado para o dia seguinte, às 9h, antes da visita do ministro Artur Chioro ao CNS. Estiveram presentes no primeiro dia de reunião os seguintes conselheiros: **Titulares** – **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Rogério Carvalho**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Luiz Carlos Saraiva Neves**, União Nacional de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos (FENAM); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Patrícia Augusta Alves Novo**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAz); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar); **Rogério Carvalho**, Ministério da Saúde; **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM).

**Suplentes** – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Alexandre Medeiros de Figueiredo**, Ministério da Saúde; **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde; **Andréa Karolina Bento**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Elias Rassi Neto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Fernando Almas de Carvalho**, Associação Brasileira de Odontologia (ABO); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da**

Silva, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (Sindnapi); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Marco Akerman**, Associação Brasileira Rede Unida; **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo: População Negra e Aids (RLLA); **Oswaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Suelen Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

**ITEM 05 – FILMES – 20 ANOS DE “PROJETO VERÃO SEM AIDS” – VALORIZANDO A VIDA.** Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Apresentação: **João Donizeti Scaboli**, idealizador do projeto. O segundo dia começou com a exibição do filme em comemoração aos 20 anos do *Projeto Verão Sem Aids – Valorizando a Vida*, criado pela Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo (FEQUIMFAR) e conduzido, em parceria, com a Força Sindical e Sindicatos filiados. **João Donizeti Scaboli** comentou que foi distribuído a todos material com histórico sobre a campanha. Em seguida, conselheiro explicou como surgiu o projeto; em 1993 foi convidado pela Federação Nacional dos Trabalhadores da Indústria para participar de oficina criada pela DST/AIDS, do MS. Foi um treinamento de 120 horas e todos saíram com projetos. Decidiu por realizar trabalho de conscientização, educação e prevenção da doença e começou, em 1995, na colônia de férias da FEQUIMFAR. Começou no “corpo a corpo”, mas logo outras instituições “abraçaram” a campanha. O projeto cresceu e agora tem todas as estações do ano (*Projeto Inverno sem Aids, Projeto Primavera sem Aids e Projeto Outono sem Aids*). Projeto já foi levado para outros estados e também para países de língua portuguesa, e para Turim (Itália) e Genebra (Suíça). Durante o verão, distribuem de 100 a 200 mil preservativos masculinos no litoral paulista. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** parabenizou a iniciativa e disse que “quebrou barreiras” ao ter iniciado a campanha há 20 anos no movimento sindical. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que o diferencial desta campanha foi trabalhar Aids no local de trabalho. Comentou de um caso em Santa Cruz do Sul (RS), de campanha feita pela empresa de material escolar e escritório Mercur, que dizia: *não faça sexo com as pessoas de Santa Cruz do Sul*. Comentou que as pessoas achavam que a cidade tinha o maior índice de pessoas infectadas com AIDS, porém explicou que os dados não batem com a realidade, pois se trata de um pólo regional, que atende a 20 municípios. Logo depois, o Ministro da Saúde Artur Chioro chegou para iniciar o item seguinte.

**ITEM 06 – INFORME SOBRE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.** Coordenação: **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. Apresentação: **Arthur Chioro**, Ministro da Saúde. Antes de iniciar o item, Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, resumiu as deliberações do dia anterior para o ministro: debate sobre o tema Direito Humano na Saúde, montar agenda política mais discriminada; aprovação do **Regimento Eleitoral** e do **Calendário Eleitoral**, para o período 2015-2018. Entretanto falta definir ainda o dia da reunião de posse. Houve também aprovação da análise feita pela Cofin do Relatório de Prestação de Contas do MS, relativo ao primeiro quadrimestre de 2015. Logo depois deste item, ocorrerá inversão da pauta; o item a ser debatido será o PLS 200, em tramitação no CN, que trata da relação de mudança de regras nas pesquisas clínicas com seres humanos. Presidente do CNS convidou o ministro para acompanhar o debate deste item. Em seguida, o Ministro **Artur Chioro** começou sua fala, apresentando o resultado do *Grupo de Trabalho Interinstitucional Órtese e Prótese*. Entregou uma cópia do **Relatório Final** para a Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**. O documento completo pode ser acessado na página do site do MS. O grupo foi criado em janeiro entre os Ministérios da Saúde, Fazenda e Justiça para dar mais transparência para os processos envolvendo OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais). Não tem caráter investigativo, mas sim construir propostas de reestruturação de órteses e próteses. Em 180 dias, até 07 de julho, o grupo pretende: identificar os pontos críticos; fazer levantamento de ações positivas; identificar os atores envolvidos; e identificar Projetos de Lei relativos ao tema. Depois, realizará *Plano Estratégico* de propostas de reestruturação do setor. Até o momento foram realizadas 29 reuniões do GTI e de seus três subgrupos (padronização de nomenclatura, elaboração de protocolos de uso e regulação econômica). Mercado nacional movimentou cerca de R\$ 19 milhões em 2014. Ciclo de vida das tecnologias é curto, tem, em média, 24 meses. Desta forma, produtos lançados recentemente podem se tornar obsoletos antes do conhecimento sobre seus potenciais benefícios ou malefícios. Há assimetria de informações entre usuários e prestadores. Por exemplo, há termos duplicados, no Brasil e no mundo; ausência de Protocolos de Uso; quem recebe o Dispositivo Médico Implantado (DMI) não é quem escolhe; essa falta de padronização beneficia especialista, fornecedor específico, instrumentador e administradores, induzindo comportamentos oportunistas. Há grande variação de preço por concentração de mercado nas grandes empresas; descolamento do preço brasileiro em relação ao mercado internacional; e reserva de mercado: há distribuidores exclusivos por região que adotam

preços muito diferentes para os mesmos produtos; baixo poder de negociação (ainda mais reduzido para hospitais de pequeno porte e municípios menores); essas práticas anticompetitivas geram preços muito diferentes para produtos similares; agregação de margem em cada etapa da comercialização faz com que o preço final fique muito acima do custo original; pequenas alterações do produto levam a aumento injustificável de preço; custos com transporte, logística, oferta de instrumentos acessórios para o uso do implante não justificam a grande variação de preço. Distintas práticas irregulares para obtenção de vantagens: Comissão da distribuidora, inclusive com a colocação de pessoal no centro cirúrgico; “Comissão do especialista”, apesar da proibição dos Conselhos de Fiscalização do exercício ético-profissional (CFM e CFO); Hospitais realizam compra e venda com margem de lucro entre 10% e 30% do preço; Cobrança de “taxa de rolha” por parte de alguns hospitais. Os Planos de Ações são: Reforma Sanitária, para criar e implantar sistema nacional de gerenciamento de informação sobre produtos, procedimentos, profissionais e pacientes nas áreas: Produção; Importação e Distribuição e Uso. O objetivo é criar e implementar o Registro Nacional de Implantes (RNI) que conterá informações técnicas e econômicas dos DMI. O projeto piloto já está em curso e deverá ser implementado até maio/junho de 2016. Para padronizar a nomenclatura dos dispositivos médicos, cerca de 10 mil registrados na Anvisa, o Brasil vai seguir o modelo adotado no mercado europeu e no mercado norte-americano, a *Global Medical Device Nomenclature* (GMDN). Ministro Artur Chioro disse já ter conversado com os Ministros do Mercosul para todos terem a mesma padronização. E depois ampliar para o âmbito da Unasul, o que deve ocorrer no fim de 2017. Na Regulação Econômica, para equiparar os preços praticados no mercado nacional aos valores praticados no mercado internacional, serão adotadas três medidas: 1) *Elaborar proposta legislativa para aplicação do modelo de Preço de Referência Externo*. Para isso foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial (Casa Civil, Ministérios da Saúde, Desenvolvimento, Indústria e Comércio, Justiça e Fazenda) para elaborar proposta em 30 dias para submeter à consulta pública. A primeira reunião ocorreu no dia anterior à reunião do Conselho. Após esta ação, o projeto será enviado ao Congresso Nacional. Os demais objetivos são: 2) *Estruturar base de dados nacionais que permita monitoramento econômico do mercado, maior transparência e adoção de ações de redução de assimetria de informações, por meio de sistema de informações para monitoramento do mercado; e ampliar a oferta de DMI e aumentar a concorrência, elaborando propostas que flexibilizem a importação e, ao mesmo tempo, ampliem a produção nacional, com redução de preço*. Para o ministro, a Regulação do Uso é a etapa mais importante. O objetivo é garantir a segurança do paciente e o uso racional dos DMI, por meio da adoção de boas práticas para aquisição, indicação e utilização. 3) *Será produzido e distribuído um Manual de Boas Práticas para aquisição e utilização dos materiais. E serão qualificados profissionais e técnicos envolvidos nas atividades de clínica e cirurgia e no ciclo dos processos de aquisição, acondicionamento, gestão de estoque, controle e auditoria, e tecnovigilância de DMI para garantir o uso racional desses produtos*. Na Gestão do Sistema Único de Saúde, haverá maior transparência e informações aos usuários do SUS nos quais forem implantados os DMI, ampliando a qualidade e o controle pelo SUS. Será definida agenda permanente de trabalho do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) para a realização de auditorias operacionais e analíticas destinadas à apuração de irregularidades no uso de DMI. Também qualificar o acompanhamento e gerenciamento da implementação das propostas do GTI. *Proibições e Penalidades*: responsabilizar civil e penalmente os agentes envolvidos em condutas irregulares e ilegais na comercialização, prescrição ou uso de DMI; criar uma divisão especial de combate à fraude e crimes contra a saúde no âmbito da Polícia Federal; encaminhar Projeto de Lei para o Congresso Nacional (em regime de urgência): tipificar no Código Penal crime de estelionato praticado pelo agente responsável por fraude e/ou obtenção de vantagem no fornecimento ou prescrição dos DMI; proibir qualquer lucro ou vantagem ilícita na comercialização, prescrição ou uso dos DMI; coibir as infrações ético-profissionais de médicos e dentistas na indicação e uso de DMI. *Recomendar aos CFM e CFO e aos CROs e CRMs*: o aprimoramento das normas ético-profissionais, a uniformização em todo o país e o fortalecimento para ações de fiscalização e a penalização das condutas irregulares dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas; recomendar ao CFO a inclusão, no Código de Ética da Odontologia, da normatização do uso de DMI. **Artur Chioro** disse que apresentou o Relatório Final à CPI da Câmara, debateu com os deputados e, em seguida, visitou a CPI do Senado. A CPI da Câmara não terá andamento, mas a do Senado segue até setembro. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que o CNS tem posição contrária a indicação de José Carlos de Souza Abrahão para presidente da ANS. Conselheira **Marisa Furia Silva** comentou que, há quatro anos, a Comissão Intersetorial da Saúde da Pessoa com Deficiência (CISPD/CNS) fez um trabalho sobre órteses e próteses, e perceberam que muitos produtos que eram comprados pelo Brasil não tinham comprovação de laboratório. Sugeriu ter a cópia da Nota Fiscal do produto e bula da medicação. Pediu também ao Ministro que seja retirado o níquel da área odontológica, pois muitas pessoas têm alergia. Conselheiro **Carlos Ferrari** disse que a bengala que usa custou US\$ 15 fora do país e aqui no Brasil custaria US\$ 200. Disse que ser deficiente no país é “absurdamente caro” e a desculpa que os fornecedores dão é que tem que pagar impostos. Tendo o Ministério como aliado, disse que a classe conseguiria mais espaço. Conselheiro **Marlonei Santos** cumprimentou o ministro pela iniciativa e disse que pode contar com o apoio da Confederação Nacional dos Médicos. Disse que o Conselho Federal de Medicina tem algumas penalidades no Código de Ética



mas é preciso atualizar mais. Tem consciência do problema da corrupção há bastante tempo. Porém ressaltou que, se tem corrupção é porque tem os corruptores. Afirmou haver uma malha de corrupção coordenada por multinacionais. Falou que a regulamentação deveria facilitar a concorrência e seria preciso fiscalizar dentro dos hospitais públicos também. Conselheiro **Gerdo Faria** disse que sobre este assunto já consta algumas medidas no Código de Ética de Odontologia, mas novas medidas poderão ser incluídas. Pediu esclarecimento ao ministro da saúde sobre a Resolução Normativa nº 368 da ANS. Disse que os objetivos são claros, lógicos e bem intencionados, mas no RN houve um caos. Médicos estavam contra os planos de saúde, impedindo o direito da gestante de escolher entre parto cesariana ou normal. Falou que a ANS disse que vai alterar o texto. Perguntou ao ministro, por fim, como vai ficar a situação. Conselheira **Denise de Freitas** disse que esse problema de corrupção não ocorre com as redes intraoculares. Acha que existem “verdadeira máfias” em certas áreas da Medicina. Parabenizou o ministro pela iniciativa. Conselheira **Nelcy Ferreira** o parabenizou pelo “belíssimo trabalho” e falou que todos deveriam entrar nesta luta. Conselheiro **Carlos Duarte** disse que alguns medicamentos usam um tipo de insulina que não é fornecido pelo SUS, e tem variação de preço alta, de acordo com a farmácia. Perguntou se o MS poderia diminuir esta variação de preço e aproveitou para parabenizar o ministro pela regulação no setor de órteses e próteses. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** também o parabenizou. Ressaltou a importância e a necessidade da colaboração de todos na questão da nomenclatura. Conselheira **Lenir Santos** disse que o SUS foi criado e implementado há 27 anos e lamentou ser preciso aparecer um “escândalo” para que o poder público cumpra o dever de fiscalizar e regularizar as áreas da saúde. Conselheira **Márcia Patrício de Araújo** disse não ser fácil ser usuária e fazer o controle disso tudo no SUS; parabenizou a iniciativa mas ressaltou que os equipamentos e ajuda técnica precisam também pagar por este processo. A Secretaria de Direitos Humanos entendeu e atendeu a reivindicação da Abraso com relação à qualidade e padronização dos produtos. E a Anvisa ficou também de fazer este processo de padronização com bolsa coletora e outros materiais. Pediu empenho do MS no acompanhamento da questão para que não se fique a mercê do mercado oportunista. Conselheira **Ana Costa** elogiou a iniciativa por ser uma ação de Estado competente, articulada e integrada no diagnóstico e no conjunto das propostas apresentadas. Colocou como reflexão a mobilização do gestor diante da necessidade de regulação do setor, que não deve ser orientada por escândalos. A relação público/privada deve ser uma questão de sobreaviso para a gestão da saúde. Considera esta ação exemplar, pois mostra que o MS é, de fato, a “cabeça” da saúde pública e privada no Brasil. Em maio de 2014 o CNS elaborou *Moção* a respeito da indicação do nome de José Carlos de Souza Abrahão para presidente da ANS. O Conselho ficou preocupado, pois José Carlos havia sido dirigente da Confederação Nacional dos Hospitais, entidade que questionou, por Adin, a legislação do ressarcimento. Falou que o Pleno do Conselho tem outra *Moção* para apresentar na reunião que repudia a atitude do MS de ter desconsiderado a *Moção* do ano passado e ter dado continuidade ao processo para José Carlos Abrahão virar presidente da ANS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que há tratamento diferenciado no atendimento do SUS, pois se desprende de um “valor astronômico” para compra de próteses, enquanto há problemas sérios na atenção básica. Para o conselheiro, esta disparidade mostra que, ao beneficiar um lado, o MS prejudica o outro; faltam medicamentos de baixo custo enquanto há desvios milionários na outra ponta. Quando se fala na participação do usuário na fiscalização, por meio da *Carta SUS*, disse ser preciso ação de esclarecimento e comunicação, que pode contar com o apoio dos Conselhos Municipais e Estaduais, para divulgar novas tecnologias e novos produtos. Propôs ao Ministério ampliar o sistema de informação com sistemas de outros países, melhorar a própria comunicação com as áreas internas, como já está sendo feito com a Anvisa. Conselheira **Michely Ribeiro** disse que não há dúvidas que existem diferenças nos tratamentos. Falou de uma amiga que recebeu a *Carta SUS* em casa, após ter feito uma cesariana, passou a integrar o Conselho local de saúde. Foi bom porque esta amiga passou a se interessar pelo SUS e quis saber o quanto é gasto em outras áreas do Ministério; passou a se envolver com controle social. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, falou do papel regulador do Estado, e disse que se não for assim, o mercado impõe as suas regras meramente lucrativas. Perguntou como seria a equação de flexibilizar mais a importação e ao mesmo tempo investir mais na produção local, para não existir duas políticas concorrentes. Acha que uma ação como a que o ministro veio apresentar ao Conselho é importante para convencer a sociedade de mais investimento em saúde. Em relação à ANS, disse que houve uma aposta nas Agências Reguladoras para garantir melhor atendimento à população e ao direito do consumidor. Disse que é preciso reiterar a missão da ANS. Em relação à Regulação do Uso, chamou a atenção para a questão da segurança do paciente, e para o direito do usuário, pedindo mais transparência no critério de acesso a esses conjuntos de procedimentos para cirurgias eletivas. Ministro **Artur Chioro** respondeu aos questionamentos. Disse que o MS trabalharia com boas práticas e normas de uso para todos os medicamentos médicos, incluindo a área de Odontologia; começou por ortopedia e cirurgia cardíaca por serem áreas mais complexas, entretanto a ideia é, progressivamente, atender todas as áreas, com a participação da sociedade da área médica e odontológica. Disse que as áreas devem refletir o consenso, analisar as melhores evidências científicas. Afirmou que a regulamentação de DMI vai exigir esforço de grande número de profissionais, tempo e energia, porém vai produzir metodologia de trabalho, que poderá ser reaplicado a outras áreas, com garantia de acesso aos

usuários. Disse também que muitos dos problemas vieram da lógica de pagamento por procedimento, que segue o modelo do INAMPS. Comentou que outros países também enfrentam problemas e citou a França, que criou um sistema para captar fraudes na saúde. O ressarcimento no ano passado lá girou em torno de E\$ 343 milhões. Ministro disse também que os conselheiros precisam avaliar a complexidade do que é implementar mudanças e reestruturas na rede. Falou para não pensarem que os Ministros da Saúde anteriores não tinham compromisso com o SUS. Disse que aperfeiçoar um processo não é negar o passado, mas fazer correção de rumos. Lamentou os problemas não estarem todos resolvidos, disse que o problema é complexo e que devem continuar aparecendo escândalos. Medidas foram feitas para fazer o enfrentamento, mas Lei não resolve tudo. Afirmou ser preciso associar medidas regulatórias, mecanismos de controle e estratégias de investigação e punição. Disse que, se os trabalhadores tiverem alguma suspeita, é para denunciar para a Política Federal investigar. Em relação à Resolução da ANS, não há alteração entre o que foi definido há seis meses e agora. Disse que o direito de escolha da mulher é respeitado pela nova norma. O que se pretendeu com a Resolução foi aumentar a informação para a gestante fazer escolha consciente. O que caracteriza epidemia é excesso, conforme mostra 84% de partos de cesariana no setor privado e 40%, no SUS. Depois que se enfrenta a situação, o número regride para o ponto normal. Comentou que o MS adotará medidas para diminuir esses índices. Medicamentos que têm patente, monopólio ou oligopólio, possuem reajustes menores. Quanto mais o produto não tem concorrência, menor é o reajuste autorizado pelo governo. Em relação a desvios de recursos, a prática deve ser combatida, mas, além disso, há fraudes, abusos, procedimentos falsamente registrados, o que se caracteriza crime. Gostou da sugestão de criar rede de comunicação com padronização de informações e contar com o apoio do controle social. Falou que a *Carta SUS* foi criada para ter este efeito mobilizador. Comentou que, antes, era pouco regulada a área de órteses e próteses. Reconheceu que houve manifestações anteriores do CNS contra o atual presidente da ANS. Ministro disse estar aberto à discussão sobre a indicação de José Carlos de Souza Abrahão à Presidência da ANS, e falou que pode convidá-lo para participar de reunião do Conselho. Disse que o nome passou por consulta pública e não houve objeções. Perguntou se era só em relação ao nome indicado ou envolvia mais alguma coisa. Falou ainda que a ANS só toma decisões após passar por Consulta Pública. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que era em relação à prática do profissional também. Ministro **Artur Chioro** disse que tem cinco diretores da ANS que tomam discussão de forma consensuada e podem comparecer ao CNS para esclarecimento de dúvidas. Propôs um ponto de pauta a respeito do assunto. Disse ainda que se propunha a discutir todas as questões e políticas públicas a respeito de Saúde Suplementar com o CNS. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza** disse que pode aprofundar o debate, mas as críticas a ANS já são públicas. A questão é o nome, a missão e a prática da ANS. Concordou em organizar depois um ponto de pauta para debater o tema. Conselheiro **Jorge Venâncio** aproveitou a presença do ministro para questionar a respeito do PL 200, dizendo que o projeto coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa conquistados nas últimas duas décadas e “retira” dos brasileiros o controle social das pesquisas que acontecem no país. Disse que nos últimos 60 dias fez vários contatos para garantir série de posicionamentos contrários ao PL 200 e conseguiu adesão da Fiocruz, conversou com o Secretário da Anvisa, Jarbas Barbosa, e com hospitais, senadores e teve audiência com o então chefe de gabinete da Secretaria de Relações Institucionais, Rodrigo Rocha Loures (atualmente está na Assessoria Especial da Secretaria). Conselheiro disse que foi questionado sobre o posicionamento do MS sobre o PL 200 e não soube responder. Ministro **Artur Chioro** disse estar preocupado com esta questão, pois acha que se não tomar iniciativa há risco de retrocesso na questão de ética em pesquisa no país. Disse ser preciso tomar medidas que garantam a normatização das pesquisas, para desburocratizar e melhorar o grau de insatisfação entre os pesquisadores das universidades públicas. Falou que há a impressão de a Anvisa não permitir a pesquisa clínica no Brasil, mas às vezes o processo está parado no INPE. Falou que houve avanços na produção, nos últimos 20 anos. Enfatizou ser preciso descentralizar processos com segurança, definir e classificar o que é mais importante. Existe apoio do Ministério da Saúde ao posicionamento do CNS, porém disse ser mais importante fazer construção política para comprometer a resolução dos gargalos de pesquisa clínica no Brasil, garantindo, assim, boa avaliação da matéria no Congresso Nacional. Questionou: Quais serão as estratégias para desmontar a imagem criada pelos parlamentares da questão? **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, solicitou que o ministro participe de ponto de pauta sobre a questão público-privado em agosto ou setembro. Ministro se dispôs a participar e colocou a disposição, mais uma vez, a Diretoria da ANS para participar de debate no Conselho. SOLICITAÇÕES: conselheira **Maria do Socorro de Souza** solicitou que o ministro participe de ponto de pauta sobre a questão público-privado em agosto ou setembro. Logo depois houve inversão da Pauta e foi apresentado o Item 08 – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP; PL 200. **ITEM 07 – 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferências Municipais de Saúde, Oficinas.** Mesa formada por: **João Palma**, Secretário Executivo do CNS e Conselheiro **Haroldo Pontes**, Secretário Geral da 15ª Conferência. Este item foi apresentado após o Item 10. Conselheiro **Haroldo Pontes** comentou sobre a **Oficina de Relatoria** da 15ª Conferência Nacional de Saúde, cujo material produzido servirá de base para a *Metodologia* que guiará a *Relatoria* do evento. A oficina reuniu coordenadores e/ou coordenadores-adjuntos das Relatorias Estaduais. Foi definido que, na Conferência

Nacional, serão 28 ou 35 grupos, sendo múltiplos de sete. A **Comissão de Relatoria** terá o dobro do número de grupos e mais um pouco; ou seja, se for 28 grupos, contará com cerca de 60 pessoas. Os estados responderam prontamente ao chamado da Oficina. Foi observado que existiam dúvidas e questionamentos referentes a seus Relatórios. Citou como exemplo o caso de um estado ter que pegar 800 documentos e transformar em um só texto. Foram definidos o que é Diretriz e o que é Proposta, e estabeleceram o número máximo de cada um desses elementos por Eixo. A partir de um debate de grupo entre esses representantes estaduais, foi criado um modelo de instrumento para a realização do trabalho; já foi estabelecido um diálogo com o DATASUS para informatizar os dados. Em um segundo momento, as questões estaduais estarão encaminhadas para se concentrar na Comissão Nacional. Entre esta e a próxima reunião da *Relatoria*, ocorrerão duas *Conferências Estaduais* (São Paulo e Distrito Federal), que servirão para colocar em prática este trabalho. Antes deste evento, os relatores estaduais não participavam do debate inicial da Conferência Nacional. Conselheiro **Eni Carajá** disse que o encontro serviu para estabelecer uma sintonia com os relatores estaduais, que estavam “muito perdidos” em relação a forma de conduzir o Relatório Estadual. As dinâmicas locais serão respeitadas, sem interferência do CNS. Haverá novo encontro no final de agosto. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, explicou que a Oficina tinha dois objetivos: orientar os relatores estaduais na elaboração da Relatoria e sistematizar a construção da Conferência. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que boa parte dos conselheiros demonstrou preocupação na construção dos Relatórios Estaduais. E se estabeleceu o compromisso de fazer parte da Relatoria da etapa nacional. Disse que houve conversas sobre a estrutura de Relatoria Nacional, mas não houve avanços na sistematização. Percebeu que muitas *Conferências Livres* estão ocorrendo nos estados, que começaram a resgatar informações desses eventos. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) parabenizou Márcio Florentino pela coordenação e encaminhamento da Oficina. Considerou o encontro “uma coisa inovadora”, pois, pela primeira vez, o CNS criou uma rede com pessoas de todo o país para trabalhar juntos na Relatoria Nacional. Conselheira **Liane de Araújo Oliveira** fez um Relato da reunião da **Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade** para a 15ª *Conferência Nacional de Saúde*, que ocorreu no dia 07 de julho, com 16 assessores de comunicação de instituições que compõem o CNS. Neste encontro, foi definido *Dia do Tuitaço!* No dia 15 de julho, das 9h às 11h, as pessoas devem “tuitar” usando as *hashtags* #OSUSFazBem, #JuntosPeloSUS, #15cns, #RedeEmDefesaDoSUS. Cada participante deve enviar 10 mensagens, com 140 caracteres cada um. No dia 23 de julho, começará a campanha *Semana do Rádio em Defesa do SUS*, em rádios de São Paulo e do DF, locais onde acontecerão as primeiras *Conferências Estaduais*. Ficou combinado que todos os assessores vão contribuir com o encaminhamento. No dia 29 de julho, *Dia Nacional de Publicações*, os assessores vão publicar notícias, comentários e vídeos nos *sites* de suas entidades e movimentos. Foi solicitado que a Assessoria de Comunicação do CNS disponibilize peças de divulgação de tamanho diferente do que está no Portal para serem usadas em outros *sites*. Nova reunião do grupo deve ocorrer no dia 10 em agosto, novamente com a participação de assessores de imprensa dessas entidades para analisar os movimentos orquestrados e definir novas estratégias até a 15ª *Conferência Nacional de Saúde*. O *Canal Saúde*, que é grande parceiro do CNS na divulgação do evento, está convocando conselheiros para participar de seus programas. **Liane de Araújo Oliveira** disse que no portal do Canal já tem apresentações, textos e fotos de Conferências realizadas e, a partir do dia 15, quando acabarem as *Conferências Municipais*, vai ter mais material ainda. O Portal do *Canal Saúde* está com dois mil acessos por dia. Além disso, a Comissão e a equipe de comunicação do CNS decidiram realizar outras ações: conselheiras Liane Terezinha e Cleoneide Paulo vão cuidar da produção do *Canal Saúde*; Conselheira Alessandra Ribeiro e Assessor de Imprensa do MS, Rodrigo Rosendo, vão escrever o Documento Orientador que será transformado em uma *Cartilha*. Este documento será distribuído para os conselheiros que concederão entrevistas. Deverá conter as dicas de comunicação e divulgação; funcionária Fabiana Gadem vai integrar e socializar os dados e instrumentos de comunicação nas mídias sociais; Assessor de Imprensa Márcio Venciguerra e Conselheira Marisa Furia vão verificar quais notícias serão noticiadas na mídia; Coletiva com blogueiros – Assessores de Imprensa Lídia Maia e Rodrigo Rosendo vão realizar reunião intitulada “Faça parte da Rede de blogueiros em defesa do SUS”; Enviar Informativo aos conselhos e delegados das etapas municipais, de forma a mobilizar para as próximas etapas; Enviar comunicado a todos, incentivando a postar no “Dê notícias” e na seção “Em debate”; Fóruns de trabalhadores e usuários vão definir os responsáveis por acompanhar cada Fórum por eixo; Escolher pessoas para participar dos vídeos de entrevista; Facilitar o “download” da 15ª *Conferência Nacional de Saúde*. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** disse que a **Comissão de Mobilização e Articulação** se reuniu no dia 03 de julho. O grupo fez um balanço das *Conferências Municipais* e das *Conferências Livres*. Constataram que houve retardamento das partes envolvidas no debate; pouco retorno sobre os eventos. Perceberam que havia ainda necessidade de fazer ajuste na etapa municipal. Ainda há muita informação desconhecida. Era importante, para a etapa estadual, fazer atividade com os estados, para fortalecer a mobilização. Realizar oficinas até a primeira *Conferência Estadual*. Conselheira **Nelcy Ferreira** disse que a **Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade** se reuniu esta semana e como tem estreita dependência com o Termo de Referência, na nova reunião, marcada para os dias 03 e 04 de agosto, o grupo vai tratar a respeito do tema. **Teófilo Cavalcante**,

1850 Coordenador de Plenária do Piauí, disse que há 224 municípios em seu estado e não será possível  
1851 realizar todas as Conferências até o dia 15 de julho. Conselheiro **Haroldo Pontes** explicou que o CNS  
1852 já aceitou a justificativa para o atraso nas Conferências de três estados anteriormente; desta forma, o  
1853 Conselho aceita prorrogação de prazo, desde que o estado não altere as datas de envio do Relatório e  
1854 da lista de delegados. Conselheira **Maria Laura Bicca** visitou o interior do RS, na região chamada  
1855 “celeiro do estado” e viu no jornal várias notas sobre *Conferências de Saúde*. Comentou que base está  
1856 sendo alcançada. Conselheiro **Gilson Silva** também aproveitou a ocasião para falar que havia escutado  
1857 na *Voz do Brasil* menção à 15ª Conferência, com direito a fala do conselheiro de saúde Ronald Ferreira.  
1858 **Haroldo Pontes** explicou que nas últimas semanas o CNS realizou uma reforma na sala ao lado para  
1859 acolher as comissões da Conferência. Finalizando o item, segue abaixo Apontamentos do Coordenador-  
1860 Adjunto da Relatoria, **Eni Carajá**, sobre a reunião ocorrida em Brasília, nos dias 6 e 7 de julho. 1) Feita  
1861 uma apresentação conjuntural dos participantes, foram pontuadas as facilidades, dificuldades,  
1862 problemas estruturais, data da convocação e realização das etapas estaduais; 2) Constatou-se que, em  
1863 alguns estados, a realização das etapas municipais não será encerrada no dia 15 de julho,  
1864 considerando a distância, falta de recursos e dificuldade de envolvimento de populações  
1865 marginalizadas, ribeirinhas, e demais povos. 3) Cada estado estava fazendo a sua Conferência a seu  
1866 modo, sendo que o Documento Orientador e a Resolução CNS 501, ainda que, com atraso, tem ajudado  
1867 na dinâmica projetada para as *Conferências Estaduais de Saúde*; 4) Vários estados registraram que as  
1868 Diretrizes e as Propostas serão referência na elaboração de seus instrumentos de gestão, em especial  
1869 no PPA; 5) Foram apontadas dificuldades de conexão via Internet, ferramenta indispensável para o  
1870 sucesso das Conferências, sobretudo, para funcionamento do SISCONFERENCIA e similares; 6) Rio  
1871 Grande do Sul incorporou em sua Conferência mais um eixo: *Diagnóstico da Saúde no Estado*, para  
1872 propiciar elementos específicos de planejamento e ação; 7) Preocupação registrada em relação ao  
1873 Sistema de Informação e Acompanhamento do Cadastro de Conselhos de Saúde (SIACS), que não tem  
1874 suporte para receber os Relatórios Municipais e Estaduais; ficou acertado que será feita uma análise  
1875 para propor um FormSUS para acolher a demanda; 8) Município de São Cristóvão (SE) pleiteou novo  
1876 prazo em função de situação de cassação de gestão local; 9) Participantes demonstraram preocupação  
1877 com a perda de propostas das Relatorias Estaduais; 10) Proposto ampliar o apoio às relatorias com  
1878 envolvimento de entidades e movimentos sociais; 11) Devolutiva e monitoramento precisa de uma  
1879 estratégia; 12) Dúvidas sobre quem são os participantes livres por credenciamento; 13) Falaram muito  
1880 sobre Relatoria Técnica e Política, no amplo sentido de defesa do SUS; 14) Há envolvimento de  
1881 profissionais de saúde que estão nas Residências Multiprofissionais, Observatórios e Projetos de  
1882 Extensão Comunitária, apoiando várias Relatorias Estaduais; 15) Maceió (SE) apresentou dificuldade  
1883 relacionada à paridade de segmento Gestor/Prestador na Conferência Municipal; as vagas para a  
1884 Conferência Estadual foram ocupadas somente por prestadores; 16) Várias Plenárias Livres e  
1885 movimentações rumo a 15ª CNS vêm sendo realizada no país; 17) São Paulo (capital e estado) fizeram  
1886 vídeos curtos e educativos sobre as Conferências e seus eixos; 18) Rondônia está com dificuldade de  
1887 realizar a Conferência, devido aos cortes nos recursos e ao governo entender que o evento não é  
1888 prioridade; MPE está propondo soluções para deslocamento de equipes para acompanhar as etapas  
1889 municipais, pois alguns conselheiros estão indo com recursos próprios. DEFINIÇÕES DAS DATAS DAS  
1890 CONFERÊNCIAS ESTADUAIS DE SAÚDE: 23 a 25 de setembro - Rondônia; 23 a 26 de agosto - Acre;  
1891 21 a 24 de julho - São Paulo, em Hotel Fazenda, no interior, com 900 delegados; 20 e 21 de julho –  
1892 Brasília, organização está com dificuldades financeiras e quer discutir o modelo de gestão e atenção a  
1893 saúde; 01 a 04 de setembro - Minas Gerais, na EXPO-MINAS; 14 a 17 de setembro – Pernambuco, com  
1894 corte de gastos; 22 a 24 de setembro, Mato Grosso, apresenta problemas com as organizações sociais;  
1895 ex-governador José Riva está preso; descompasso administrativo entre conselheiros; dificuldades no  
1896 apoio aos municípios devido a distância; propondo trabalhar legado que fique registrado na história do  
1897 controle social; decoração será feita com produtos da natureza; 28 a 30 de setembro - Amapá; 23 e 24  
1898 de setembro - Tocantins, apresenta dificuldades financeiras por ter sofrido mudanças na gestão; com  
1899 data a confirmar em outubro - Amazonas, problemas na mudança de gestor e também entre os  
1900 conselheiros, e por conta do período de cheias em vários municípios; 01 a 04 de outubro - Rio de  
1901 Janeiro, com recursos limitados; 22 e 23 de setembro - Santa Catarina; 23 e 24 de setembro - Sergipe,  
1902 antecipada em dois dias da proposta original; 13 a 15 de outubro - Maranhão; 13 a 15 de outubro –  
1903 Bahia; 30 de setembro a 02 de outubro - Espírito Santo; 17 à 19 de setembro – Piauí. **Estratégias e**  
1904 **encaminhamentos:** inclusão de propostas novas só poderá ocorrer na etapa nacional; participantes da  
1905 oficina de Relatoria se comprometeram a atuarem em seus estados e vão compor a equipe de Relatoria  
1906 Nacional. Caso o coordenador não tenha vindo, quem veio deverá transmitir essa decisão e incorporar o  
1907 coordenador; Sugestão: a *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS*  
1908 seja transversalizada e lembrada na condução das etapas e na própria Relatoria; Resolução CNS  
1909 363/2006; Princípios e Diretrizes do SUS não podem se esquecer no processo; fazer registro dos  
1910 Relatórios; valorizar e registrar os momentos pré e pós-Conferência, inclusive com os conteúdos  
1911 descritivos das exposições; previsão de grupos de trabalho na etapa nacional em múltiplo de sete, com  
1912 sete eixos e um eixo transversal; providenciar acompanhamento aos estados que demandarem; realizar  
1913 em agosto e em outubro oficinas específicas para testar o SISCONFERENCIA; trabalhar os Relatórios

Estaduais já disponíveis, a partir de julho; dividir equipes pelos oito eixos; registrar as expressões livres no site da 15ª CNS. **ITEM 08 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP; PLS 200.** Mesa Composta por: **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Coordenador da Conep e **Alessandra Ribeiro de Sousa**, membro da Conep. O conselheiro **Jorge Venâncio**, Coordenador da Conep, começou apresentando dados da comissão. O total de protocolos analisados em outubro passado foi 211; em março, 236; e em maio, 250, representando uma “curva ascendente”. Há dois anos, a Conep analisava de 70 a 80 protocolos por mês, o que significa que praticamente triplicou o número de processos analisados. Conselheiro apontou que o tempo de devolução está abaixo de 60 dias, pois, há 15 dias, havia 380 protocolos para análise. Após apresentar o balanço das atividades, coordenador da Conep falou das três **Resoluções Complementares à Resolução CNS 466/2012**, que trata das Especificidades Éticas das Pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias destas áreas. São elas: *Resolução para regulamentar o Processo de Acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/CONEP; Resolução sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas; e Resolução para as pesquisas de interesse estratégico para o SUS.* Além disso, comentou que a **Minuta para a Consulta à Sociedade da primeira Resolução** já está em andamento, com prazo para ser encerrado no dia 15 de julho. Esta primeira Resolução trata da descentralização do sistema, da certificação dos Comitês de Ética nos principais centros do país, mas mantendo a harmonia, com Coordenação Geral. Em seguida, o GT vai preparar a versão final, com a inclusão das contribuições públicas, e apresentar na reunião do ENCEP, previsto para os dias 15 e 16 de outubro. Depois volta a Conep e ao Plenário do CNS para aprovação final. Assim que for aprovada a segunda Resolução, deverá também entrar em processo de Consulta Pública, com prazo de 45 dias, pois o GT percebeu que a maioria das contribuições chega nos 15 dias finais. Na terceira Resolução, foi ampliado o leque de problemas a serem avaliados. Serão ouvidos diversos segmentos ligados a pesquisas dentro do SUS antes de elaborar o documento. Talvez não fique pronto antes da reunião do ENCEP. Coordenador da Conep destacou alguns pontos da análise técnica detalhada que a comissão realizou do Projeto de Lei nº 200/2015, em tramitação no Senado Federal. O documento alerta para os prejuízos das mudanças propostas na legislação sobre pesquisas clínicas em seres humanos. O texto foi anteriormente apresentado ao Pleno do Conselho na reunião de maio. Jorge Venâncio ressaltou que, além de tentar extinguir o atual sistema de análise ética, o PL nº 200/2015 coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa conquistados nas últimas duas décadas e “retira dos brasileiros o controle social das pesquisas que acontecem no país”. Para o conselheiro, trata-se de retrocesso sem precedentes que prejudica a sociedade brasileira. **A Análise Técnica da Conep sobre o PL nº 200/2015** segue abaixo, na íntegra. *O sistema CEP/CONEP tem por objetivo proteger os participantes das pesquisas em seus direitos e assegurar que as pesquisas sejam realizadas de acordo com princípios éticos no Brasil. Esse sistema está sendo ameaçado pelo Projeto de Lei 200/2015, proposto no Senado. Esse PL, além de extinguir o atual sistema de análise ética, coloca em risco os direitos dos participantes de pesquisa, conquistados nas duas últimas décadas, ao longo da história do sistema CEP/CONEP, e do Conselho Nacional de Saúde. Também retira dos brasileiros o controle social das pesquisas realizadas no país. Trata-se de um retrocesso sem precedentes que, em última análise, prejudica a sociedade brasileira. A seguir, alguns pontos, para reflexão, a respeito do PL 200/2015: a) perda do direito ao medicamento após o estudo. **Como é agora:** se o uso do medicamento, durante o estudo, mostrar benefício aos participantes da pesquisa, o patrocinador deve fornecer o medicamento de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, mesmo tendo encerrado o estudo (Resolução CNN 466/12 - itens III.2.e, III.3.d e III.3.d.1). **Qual a proposta do PL 200:** após o fim do estudo, o participante da pesquisa só tem direito ao medicamento em casos excepcionais. O patrocinador se obriga a dar o medicamento após o estudo apenas na seguinte situação: se a interrupção do medicamento implicar risco de morte ou piora relevante do estado de saúde e que, também, não haja alternativa de tratamento no Brasil. Fora isso, o PL não prevê obrigação do patrocinador continuar fornecendo o medicamento do estudo em caso de benefício à saúde dos participantes da pesquisa (Art. 28). **Consequências da aprovação do PL 200:** os participantes da pesquisa perderiam o direito de receber o medicamento após o estudo, mesmo que esteja trazendo benefício à sua saúde. Apenas em casos excepcionais, o patrocinador ficaria obrigado a dar o medicamento após o estudo. Quem sai perdendo seria o participante, que se submeteria a uma pesquisa, não isenta de riscos, e não teria garantido seu direito de receber o medicamento que lhe trouxe o benefício. b) uso indiscriminado de placebo. **Como é agora:** o placebo não contém o princípio ativo do medicamento (“pílula de farinha”). Às vezes é usado em pesquisas por questões científicas. O Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Federal de Medicina permitem o uso de placebo em pesquisas científicas no Brasil, desde que não haja tratamento disponível para determinada doença (Resolução CNS 466/12 – item III.3.b e Código de Ética Médica, art. 106). O Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina proíbe os médicos brasileiros de participarem de estudos quando há tratamento disponível para uma doença. **Qual a proposta do PL 200:** se houver justificativa científica, o placebo pode ser usado em pesquisas, mesmo quando há tratamento conhecido para uma doença (Art. 27). **Consequências da aprovação do PL 200:** como o PL permite o uso de placebo quando houver*

1978 justificativa científica, na prática isso significaria a liberação total do uso de placebos em pesquisa.  
1979 Quase sempre é possível justificar cientificamente de placebo, mas raramente há justificativa ética para  
1980 o seu uso. Em outras palavras, o PL permitiria a inclusão de indivíduos doentes em uma pesquisa sem  
1981 oferecer tratamento, mesmo quando este estivesse disponível. Poderia haver uso indiscriminado de  
1982 placebo, colocando em risco a saúde dos indivíduos. Quem perderia com a liberação irrestrita do uso do  
1983 placebo, novamente, são os participantes da pesquisa. c) extinção do sistema CEP/CONEP. **Como é**  
1984 **agora:** o sistema de análise ética é formado pela Comissão Nacional em Ética em Pesquisa – CONEP  
1985 (sediada em Brasília) e quase 700 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) espalhados pelo país. O  
1986 sistema CEP/CONEP está em constante evolução e aprimoramento, sendo fruto de quase 20 anos de  
1987 discussão no Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12 – itens VII e VII.5). **Qual a**  
1988 **proposta do PL 200:** o PL ignora a CONEP, uma comissão do Conselho Nacional de Saúde/Ministério  
1989 da Saúde), passando o controle da ética em pesquisa para as autoridades sanitárias do país  
1990 (possivelmente a Anvisa). **Consequências da aprovação do PL 200:** desapareceria o sistema  
1991 CEP/CONEP e, conseqüentemente, todas as normas emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde  
1992 referentes a ética em pesquisa. Com isso não haveria mais o controle social da pesquisa com seres  
1993 humanos no Brasil. Quem sairia perdendo é a sociedade, por não ter mais em suas mãos o controle da  
1994 análise ética das pesquisas. d) fim da independência dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). **Como é**  
1995 **agora:** o registro e funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são normatizados pelo  
1996 Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/12, Resolução CNS 370/07, Norma Operacional  
1997 CNS 001/13). Esta normatização garante aos Comitês de Ética em Pesquisa independência quanto às  
1998 suas decisões em relação à análise ética dos estudos, sem interferências externas, como, por exemplo,  
1999 dos pesquisadores e diretores das instituições. Seus membros desempenham trabalho voluntário, de  
2000 relevância pública. **Qual a proposta do PL 200:** o PL não determina como serão regulados os Comitês  
2001 de Ética em Pesquisa. Além do mais, os próprios pesquisadores proponentes poderão participar das  
2002 reuniões dos Comitês de Ética em Pesquisa como ouvintes. **Consequências da aprovação do PL 200:**  
2003 os Comitês de Ética em Pesquisa perderiam sua independência, já que não haveria mais normatização  
2004 para o registro e manutenção dos mesmos. Haveria risco de modificação ou substituição do CEP toda  
2005 vez que alguma deliberação do CEP desagradar à direção da instituição. Além do mais, a presença dos  
2006 pesquisadores nas reuniões do Comitê de Ética, durante as discussões éticas, tenderia a inibir decisões  
2007 que desagradem os proponentes. e) criação de Comitês de Ética subordinados a empresas. **Como é**  
2008 **agora:** os Comitês de Ética em Pesquisa são vinculados a alguma instituição (principalmente  
2009 universidades, hospitais e Secretarias de Saúde), sendo registrados e supervisionados pela CONEP.  
2010 Cabe às instituições fornecer a infraestrutura necessária ao funcionamento dos Comitês (Resolução  
2011 CNS 466/12, itens VII.2 e VII.5). **Qual a proposta do PL 200:** o PL cria dois tipos de Comitês de Ética:  
2012 o institucional e o independente (Art. 2, incisos VII e VIII). Os Comitês de Ética Independentes não  
2013 teriam laços institucionais, sendo sua existência vinculada a recursos financeiros próprios ou externos.  
2014 **Consequências da aprovação do PL 200:** as indústrias, os pesquisadores ou as associações  
2015 poderiam criar os seus próprios Comitês de Ética Independentes para análise ética de suas pesquisas,  
2016 ou apoiar financeiramente algum deles, o que representaria um enorme conflito de interesse (análise  
2017 ética versus interesses financeiros). Quem sairia perdendo é o participante da pesquisa, que poderia se  
2018 expor a pesquisas avaliadas por um Comitê de Ética Independente cujos interesses seriam guiados por  
2019 aspectos financeiros, e não propriamente pela proteção do indivíduo em seus direitos e integridade. f)  
2020 fim da representação dos usuários nos Comitês de Ética. **Como é agora:** todo CEP tem em sua  
2021 composição os chamados “representantes dos usuários”, os quais têm a visão dos participantes da  
2022 pesquisa, defendendo os seus interesses (Resolução CNS 240/97, Norma Operacional CNS 001/2013,  
2023 itens 2.B e 2.B.1). É o laço mais importante do controle social nos Comitês de Ética em Pesquisa. **Qual**  
2024 **a proposta do PL 200:** embora o PL 200 diga que o Comitê de Ética deva ter composição disciplinar, o  
2025 documento ignora completamente a existência dos representantes dos usuários (Art. 2, incisos VII e VIII,  
2026 Art. 7). **Consequências da aprovação do PL 200:** desapareceriam os representantes dos usuários do  
2027 sistema de análise ética. Tal perda enfraqueceria o controle social da pesquisa no Brasil, com  
2028 conseqüentes perdas para o sistema de análise ética. A sociedade é que perderia. g) uso indiscriminado  
2029 do material biológico humano em pesquisa. **Como é agora:** o Brasil tem normas específicas para o uso  
2030 de material biológico humano em pesquisas: a Resolução CNS 441/11 e a Portaria do Ministério da  
2031 Saúde 2.201/11. Estas normas estabelecem regras claras para a coleta, armazenamento e uso de  
2032 material biológico humano em pesquisas. **Qual a proposta do PL 200:** uso de material biológico  
2033 humano passa a ser decidido por critérios dos Comitês de Ética. Contudo, o PL ignora a existência das  
2034 normas específicas no país para o uso de material biológico humano em pesquisas (Capítulo VII, Art.  
2035 30, Art. 31, Art. 32, Art. 33, Art. 34). **Consequências da aprovação do PL 200:** tornaria indiscriminado  
2036 o uso de material biológico humano em pesquisas no Brasil. Além do mais, o PL não enfatiza a  
2037 proibição de patenteamento e comercialização de material biológico humano no país (Constituição  
2038 Federal, Art. 199, Lei nº 9.279/96). Quem sairia perdendo, mais uma vez, é o participante da pesquisa,  
2039 cujo material biológico cedido poderia ser armazenado e usado de forma indiscriminada e abusiva,  
2040 como já aconteceu em um passado não muito distante. Portanto, a aprovação do PL 200/2015 seria um  
2041 retrocesso no processo de análise ética em pesquisa no país. Quem perde é a sociedade, que deixaria



de ter o controle social da pesquisa no Brasil; e também os próprios participantes das pesquisas, cujos direitos passariam a ser drasticamente diminuídos, além de ficarem à mercê de experimentos sem a adequada análise ética. Logo depois, o conselheiro comparou a situação da Índia com o Brasil. O país asiático passou por uma desregulamentação ética em 2005. Em 2012 o governo constatou que 2.600 mortes em pesquisas clínicas, sendo 80 por terem ingerido o medicamento do estudo. De 2013 a 2014 morreram 370 pessoas, sendo que só 21 parentes conseguiram indenização, segundo o maior jornal da Índia (*The Times of India*). A Suprema Corte suspendeu as pesquisas clínicas e só retomaria após regulamentação adequada do setor. Mostrou também dados de revistas indianas sobre o caso. Em seguida, **Jorge Venâncio** comentou sobre as visitas que a Conep fez a algumas autoridades para tratar do PL 200 nesses últimos dois meses: Jarbas Barbosa, Diretor da Anvisa, anteriormente no comando da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS; Paulo Gadelha, Presidente da FIOCRUZ e o Fórum de CEP da FIOCRUZ; Hospital Albert Einstein, aonde a comissão foi bem recebida e o Presidente conseguiu agendar um encontro com a Secretaria de Relações Institucionais do Senado. A comissão visitou também o INCOR, em reunião com o Pró-Reitor da USP, José Eduardo Krieger, e ele atestou a queda dos prazos da Conep. Comentou que havia pesquisadores a favor e contra o PL 200, porém duas pesquisadoras falaram que a questão do prazo da Conep já foi resolvida e até o final do ano estará finalizado o aperfeiçoamento do sistema de pesquisa clínica, já em Consulta Pública. Ou seja, deram bons argumentos para convencer o grupo para ser contrário ao PL 200. Representantes da Conep se encontraram duas vezes com o senador Eduardo Amorim (PSC/SE), relator do PL na CCJ, e solicitou inclusão no Parecer para que a Comissão de Direitos Humanos possa ser ouvida também; senador Waldemir Moka (PMDB/MS), com a presença de Gyselle Saddi Tanous (ex-Coordenadora da CONEP); senador Paulo Paim (PT/RS), presidente da Comissão de Direitos Humanos, que se comprometeu para fazer o requerimento para a comissão ser ouvida; visitaram também a Comissão de Bioética da CNBB, e Gyselle Saddi esteve presente durante a última Reunião Ordinária da Conep. Houve visita também ao Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS), quando estiveram presentes os 14 Conselhos, e ao Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Fonoaudiologia, Conselho Federal de Química; ao Subprocurador Geral da República Humberto Jacques e ao Chefe de Gabinete da Secretaria de Relações Institucionais, Rodrigo Rocha Loures; também ocorreram visitas a UNB, a Cátedra de Bioética, ao professor Volnei Garrafa e a UFRJ. Também está agendada visita ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) e visita na próxima semana ao Hospital das Clínicas (HC). **Jorge Venâncio** falou ainda que a Fiocruz se manifestação contrariamente ao projeto; criou Nota Pública e fez Parecer Técnico condenando o PL 200, que foi aprovado no Conselho da Fiocruz. Comentou também que a Associações de Portadores de Patologias farão *Ato Público* em São Paulo, no dia 13 de agosto, em agradecimento à CONEP. Disse que em todos os lugares que visitou, percebeu a argumentação da Conep com “força muito grande”. Acha que quanto mais debate ocorrer, mais se acumula experiência para lutar contra o PL 200. Senador Eduardo Amorim (PSC/SE) fez Relatório ontem e a Conep ainda vai analisar. Melhorou um pouco em relação à primeira versão mas ainda tem muitos problemas. O PL ainda vai passar pela CCJ, então dará tempo da Conep apresentar ao Pleno a análise que fizerem deste Relatório. Em seguida, conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** falou que o PL 200 representa um “ataque” ao direito dos participantes de pesquisas clínicas mas, em compensação, a proposta de Minuta do Grupo de Humanas Sociais, representa um grande avanço na Conep. Comentou que, no âmbito das Ciências Sociais e Humanas, por mais que se reconheça que a Resolução 466 não dá conta das pesquisas sociais e humanas, e é preciso uma legislação específica, é importante ressaltar que a Conep tem papel crucial na defesa dos direitos humanos. Está no servidor o **Abaixo Assinado** contrário ao PL 200, para as entidades do CNS que queiram participar. Foi criado Grupo de Trabalho, com representantes de 18 entidades, agregando diversas profissões, para montar esta Resolução, nos últimos dois anos. A proposta é que a Resolução entre na página do CNS para Consulta Pública até o dia 15 de julho; o GT trabalhe o texto final, com as contribuições recebidas; e possa ser apreciado até setembro, antes do encontro do ENCEP. Este GT, em consenso com o GT da Acreditação, retirou a questão do risco do texto. Depois será elaborado um novo texto que abordará o tema. A **Resolução** segue abaixo. O **PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**, em sua 271ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando que a ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural; Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; Considerando que o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante; Considerando que a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes; Considerando que as ciências humanas e sociais têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico; Considerando que a relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser

redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas; Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e a Declaração Interamericana de Direitos e Deveres Humanos, de 1948; Considerando a existência do Sistema dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; Considerando que a Resolução 466/12, no artigo XIII.3, reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas, dadas suas particularidades; Considerando que a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção da qualidade de vida e o respeito aos direitos civis, sociais e culturais, e da defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações; Considerando a importância de se construir um marco normativo claro, preciso e plenamente compreensível por todos os envolvidos nas atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, resolve: Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: I – a pesquisa de opinião pública com participantes não identificados; II – a pesquisa que utilize informações de acesso público ou de domínio público; III - pesquisas censitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e equivalentes; IV - pesquisas com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e V - pesquisas realizadas exclusivamente com artigos científicos para revisão da literatura científica. Capítulo I - DOS TERMOS E DEFINIÇÕES Art. 2º Para os fins desta Resolução, adotam-se os seguintes termos e definições: I - assentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, na medida de sua compreensão e respeitadas suas singularidades, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, os métodos, os potenciais benefícios e os riscos. Trata-se de um processo pautado na construção de relação de confiança entre pesquisador e participante da pesquisa, em conformidade com a cultura destes e continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, não sendo o registro da obtenção do assentimento necessariamente escrito; II - assistência ao participante da pesquisa: é a que será devida sempre que por procedimento da pesquisa houver superveniência de dano ao participante; III - consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos. Nos casos especificados nesta Resolução e excepcionalmente, pode ser autorizada a realização de pesquisa sem a concessão do consentimento pelo participante da pesquisa ou pelo seu representante legal; IV - dano material: lesão que atinge o patrimônio do participante da pesquisa em virtude das características ou dos resultados do processo de pesquisa, impondo uma despesa pecuniária ou diminuindo suas receitas auferidas ou que poderiam ser auferidas; V - dano imaterial: lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades física e psíquica, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa; VI - esclarecimento: processo de apresentação clara e acessível da natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos, concebido na medida da compreensão do participante, a partir de suas características sociais, econômicas e culturais, e em razão das abordagens metodológicas aplicadas. Todos esses elementos determinam se o esclarecimento dar-se-á por documento escrito, por imagem ou de forma oral, registrada ou sem registro; VII - etapas preliminares de uma pesquisa: são assim consideradas as atividades que o pesquisador tem que desenvolver para averiguar as condições de possibilidade de realização da pesquisa, incluindo investigação documental e contatos diretos com possíveis participantes, sem sua identificação e sem o registro público e formal das informações assim obtidas; não devendo ser confundidas com “estudos exploratórios” ou com “pesquisas piloto”, que devem ser consideradas como projetos de pesquisas. Incluem-se nas etapas preliminares as visitas às comunidades, aos serviços, as conversas com liderança comunitárias, entre outros; VIII – dados e informações de acesso público e de domínio público: materiais que podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, podendo ser usados livremente pelo público. Essas informações podem estar processadas, ou não, e contidas em qualquer meio, suporte e formato produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados. São exemplos de dados de domínio público as bases de dados disponibilizadas pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em seus sítios eletrônicos, material divulgado na mídia, entre outros. Cabe enfatizar que dados publicados nem sempre são de domínio público, podendo estar protegidos por direitos autorais; XI - medidas reparatórias: reparações, que incluem a possibilidade de indenização, aos participantes da pesquisa por dano material e imaterial decorrente das características

ou dos resultados do processo de pesquisa; XII - participante da pesquisa: indivíduo ou grupo, que não sendo membro da equipe de pesquisa, dela participa de forma esclarecida e voluntária, mediante a concessão de consentimento quando capaz e também de assentimento quando incapaz, nas formas descritas nesta resolução; XIV – pesquisa de opinião: consulta verbal ou escrita, de caráter pontual, através da qual o participante, é convidado a expressar sua preferência, avaliação ou o sentido que atribui a temas, atuação de pessoas e organizações, ou a produtos e serviços; sem possibilidade de identificação do participante; XV - pesquisa encoberta: pesquisa conduzida sem que os participantes sejam informados sobre objetivos e procedimentos do estudo, e sem que seu consentimento seja obtido previamente ou durante a realização da pesquisa. A pesquisa encoberta se justifica em circunstâncias nas quais a informação sobre objetivos e procedimentos alteraria o comportamento alvo do estudo ou quando a utilização deste método se apresenta como única forma de condução do estudo. Sempre que se mostre factível, o consentimento dos participantes deverá ser buscado posteriormente; XVI - pesquisa em ciências humanas e sociais: aquelas que se voltam para o conhecimento e compreensão das condições, existência, e vivência das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta; XVII - pesquisador responsável: pessoa com no mínimo título de tecnólogo, bacharel ou licenciatura, responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem estar dos participantes no processo de pesquisa; XVIII - privacidade: direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas, pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa; XIX - processo de consentimento: processo dialógico de obtenção da concordância da pessoa em participar da pesquisa, por meio do estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante. Pode haver ou não registro; em caso de tê-lo, pode ser obtido sob diferentes formas. Pode ser retirado a qualquer momento pelo participante da pesquisa, sem qualquer prejuízo; XX - discriminação: caracterização ou tratamento social de uma pessoa ou grupo de pessoas, com consequente violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais dessa pessoa ou grupo de pessoas; XXI - estigmatização: atribuição de conteúdo negativo a uma ou mais características (estigma) de uma pessoa ou grupo de pessoas, com consequente violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais dessa pessoa ou grupo de pessoas; XXII – incapacidade: refere-se à condição de um indivíduo que não tenha capacidade, de acordo com o Código Civil, para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser representado por um responsável legal; XXIII - protocolo de pesquisa: conjunto de documentos contemplando a folha de rosto e o projeto de pesquisa com a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais e as informações relativas ao participante da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis. Aplica-se o disposto na norma operacional do CNS em vigor ou outra que venha a substituí-la, no que couber e quando não houver prejuízo no estabelecido nesta Resolução; XXIV - registro do consentimento ou do assentimento: documento em qualquer meio, formato ou mídia, como papel, áudio, filmagem, mídia eletrônica, que registra a concessão de consentimento ou de assentimento livre e esclarecido, sendo a forma de registro escolhida a partir das características pessoais, sociais, econômicas e culturais do participante da pesquisa e em razão das abordagens metodológicas aplicadas; XXV - Relatório Final: é aquele apresentado no encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados; XXVI – ressarcimento: compensação material dos gastos decorrentes da participação na pesquisa, ou seja, despesas do participante e seus acompanhantes, tais como transporte e alimentação; XXVII – risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente; e XXVIII - vulnerabilidade: situação na qual pessoa ou grupo de pessoas não possa avaliar adequadamente os riscos de sua participação na pesquisa ou tenha limitada a capacidade de agir conforme sua decisão. Capítulo II - DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DAS PESQUISAS EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS Art. 3º São princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais: I - reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; II - defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; II - respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas; III - empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa; IV – recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; V - garantia de consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações; VI - garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; VIII - garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes; e VII - compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. Capítulo III - DO PROCESSO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO Art. 4º O processo de consentimento livre e esclarecido envolve o estabelecimento de relação de confiança entre pesquisador e participante, continuamente aberto ao diálogo e ao questionamento, podendo ser obtido ou registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Art. 5º O processo de comunicação do consentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral, escrita, ou de outras formas que se mostrem adequadas, devendo ser consideradas as características sociais, econômicas e culturais da pessoa ou grupo de pessoas participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas. § 1º O processo de comunicação do consentimento livre e esclarecido deve ocorrer de maneira espontânea, clara e objetiva, e evitar modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa. § 2º No processo de comunicação do consentimento livre e esclarecido, o participante deverá ter a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, bem como dispor do tempo que lhe for adequado para a tomada de uma decisão autônoma. Art. 6º O pesquisador deverá buscar o momento, condição e local mais adequado para que os esclarecimentos sobre a pesquisa sejam efetuados, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa, a quem será garantido o direito de recusa. Art. 7º O pesquisador deverá assegurar espaço para que o participante possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura. Art. 8º As informações sobre a pesquisa devem ser transmitidas de forma acessível e transparente para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. Art. 9º São direitos dos participantes: I – desistir a qualquer momento de participar da pesquisa; II – ser informado sobre a pesquisa; III – ter sua privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – a indenização pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VI – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. **Seção I - Da obtenção do Consentimento** Art. 10. O pesquisador deve esclarecer o potencial participante, na medida de sua compreensão, e respeitadas suas singularidades, sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, riscos e potenciais benefícios. Art. 11. O consentimento do participante da pesquisa deverá ser particularmente garantido àquele que, embora plenamente capaz, esteja exposto a condicionamentos específicos, ou sujeito a relação de autoridade ou de dependência, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia. Art. 12. Deverá haver justificativa da escolha de crianças, de adolescentes e de pessoas em situação de diminuição de sua capacidade de decisão no protocolo a ser aprovado pelo sistema CEP/CONEP. Parágrafo único. Nos casos previstos no caput deverão ser obtidos o assentimento do participante e o consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais do participante da pesquisa, preservado o direito à informação e à autonomia do participante, de acordo com a sua capacidade. Art. 13. Em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, como é o caso de algumas comunidades religiosas ou populares, por exemplo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Art. 14. A dispensa do consentimento justifica-se nos seguintes casos: I - pesquisas que envolvam indícios de prática de ilícito, por parte de pessoas vinculadas à instituição em que será realizada a investigação, ou aquela em que há evidente relevância pública e que possa implicar a revelação de fatos inconvenientes ao participante ou a sua instituição; como por exemplo, pesquisa realizada em clínicas geriátricas, psiquiátricas ou outras instituições fechadas, que podem identificar tratamento inadequado das pessoas que nela residem, avaliações de serviços, pesquisas sobre corrupção em instituições públicas ou privadas, entre outros; e II - pesquisas cujo objeto envolva agrupamentos transitórios de pessoas aproximadas por motivações ou atividades comuns, sem vínculo prévio entre si, e cujos comportamentos coletivos podem ser pesquisados sem identificação individual dos participantes. Inclui-se a pesquisa com multidões, tal como a pesquisa que investiga o comportamento das torcidas em estádios de futebol, o que não isenta de submissão. Parágrafo único. No caso do inciso I a dispensa do consentimento deverá ser avaliada e aprovada pelo sistema CEP/CONEP. **Seção II - Do Registro do Consentimento** Art. 15. O Registro do Consentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, incluindo testemunha que não componha a equipe de pesquisa; devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa. Parágrafo único. Quando não houver registro de consentimento, o pesquisador deverá apresentar documento ao participante que contemple as informações previstas para o consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa. Art. 16. O pesquisador deverá justificar o meio de registro mais adequado, considerando, para isso, o grau de risco envolvido, as características do processo da pesquisa e do participante. § 1º Os casos em que seja inviável o Registro de Consentimento ou do Assentimento Livre e Esclarecido ou em que este registro signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa deve ser justificada pelo pesquisador responsável ao sistema CEP/CONEP. § 2º A dispensa do registro de consentimento ou de assentimento não isenta o pesquisador do processo de consentimento, salvo nos casos previstos nesta Resolução. § 3º A

dispensa do Registro do Consentimento deverá ser avaliada e aprovada pelo sistema CEP/CONEP. Art. 17. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa incluindo: I - a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com informação sobre métodos a serem utilizados, em linguagem clara e acessível, aos participantes da pesquisa, respeitada a natureza da pesquisa; II - a explicitação dos possíveis danos decorrentes da participação na pesquisa, além da apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar situações que possam causar dano, considerando as características do participante da pesquisa; III - a garantia de plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum; IV - a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa seja pessoa ou grupo de pessoas, durante todas as fases da pesquisa, exceto quando houver sua manifestação explícita em sentido contrário, mesmo após o término da pesquisa; V - informação sobre a forma de acompanhamento e a assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios, quando houver; VI - garantia aos participantes o acesso aos resultados da pesquisa, sobretudo quando se refletirem em benefícios aos participantes e comunidades envolvidas; VII - explicitação da garantia ao participante de ressarcimento e a descrição das formas de cobertura das despesas realizadas pelo participante decorrentes da pesquisa, quando houver; VIII - o endereço, e-mail e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa, do CEP local e, quando for o caso, da CONEP; IX - breve explicação sobre o que é o CEP, bem como endereço, e-mail e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa, do CEP local e, quando for o caso, da CONEP; e X - a informação de que o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado. Parágrafo único. Nos casos em que o Consentimento ou o Assentimento Livre e Esclarecido for registrado por escrito uma via, assinada pelo participante e pelo pesquisador responsável, deve ser entregue ao participante.

Capítulo IV - DOS RISCOS Art. 18. Nos projetos de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, a definição e a gradação do risco resultam da apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do seu potencial de causar danos maiores ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas. Art. 19. O pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos. § 1º Quando o pesquisador perceber qualquer possibilidade de dano ao participante, decorrente da participação na pesquisa, deverá discutir com os participantes as providências cabíveis, que podem incluir o encerramento da pesquisa e informar o sistema CEP/CONEP. § 2º O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à indenização. Art. 20. O pesquisador deverá adotar todas as medidas cabíveis para proteger o participante quando criança, adolescente, ou qualquer pessoa cuja autonomia esteja reduzida ou que esteja sujeita a relação de autoridade ou dependência que caracterize situação de limitação da autonomia, reconhecendo sua situação peculiar de vulnerabilidade, independentemente do nível de risco da pesquisa. Art. 21. O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função de características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação dos protocolos. § 1º A tramitação dos protocolos será diferenciada de acordo com a gradação de risco. § 2º A gradação do risco deve distinguir diferentes níveis de precaução e proteção em relação ao participante da pesquisa. Capítulo V - DO PROCEDIMENTO DE ANÁLISE ÉTICA NO SISTEMA CEP/CONEP Art. 22. O protocolo a ser submetido à avaliação ética somente será apreciado se for apresentada toda a documentação solicitada pelo Sistema CEP/CONEP, tal como descrita, a esse respeito, na norma operacional do CNS em vigor, no que couber e quando não houver prejuízo no estabelecido nesta Resolução, considerando a natureza e as especificidades de cada pesquisa. Art. 23. Os projetos de pesquisa serão inscritos na Plataforma Brasil, para sua avaliação ética, da forma prevista nesta Resolução e na Resolução específica de gradação, tipificação de risco e tramitação dos protocolos. Art. 24. Todas as etapas preliminares necessárias para que o pesquisador elabore seu projeto não são alvo de avaliação do sistema CEP/CONEP. Art. 25. A avaliação a ser feita pelo Sistema CEP/CONEP incidirá sobre os aspectos éticos dos projetos, considerando os riscos e a devida proteção dos direitos dos participantes da pesquisa. § 1º A avaliação científica dos aspectos teóricos e metodológicos dos projetos submetidos a essa Resolução compete às instâncias acadêmicas específicas, tais como comissões acadêmicas de pesquisa, bancas de pós-graduação, instituições de fomento à pesquisa, dentre outros. § 2º Os projetos de pesquisa que não são propostos e avaliados por instituições de pesquisa deverão ser submetidos, pelo CEP, à avaliação científica dos aspectos teóricos e metodológicos, por um pesquisador da área de Ciências Humanas e Sociais. Este parecerista, preferencialmente, deverá ter a titulação de Doutor, sendo membro interno ou ad hoc do CEP. Art. 26. A análise ética dos projetos de pesquisa de que trata esta Resolução só poderá ocorrer nos Comitês de Ética em pesquisa que comportarem representação significativa de pesquisadores das ciências humanas e sociais, devendo os relatores serem escolhidos dentre os membros qualificados nessa área de conhecimento. Art. 27. A pesquisa realizada por alunos de graduação, que é parte de projeto do

orientador já aprovado pelo sistema CEP/CONEP será apresentada como emenda ao projeto aprovado.

**Capítulo VI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL** Art. 28. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe: I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco; II - conduzir o processo de Consentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa; e V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

**Capítulo VII - DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS** Art. 29. Será instituída instância, no âmbito da CONEP, para implementação, acompanhamento, proposição de atualização desta Resolução e do formulário próprio para inscrição dos protocolos relativos a projetos dessas ciências na Plataforma Brasil, bem como para a proposição de projetos de capacitação na área. **Parágrafo único.** A instância prevista no caput será composta por membros titulares das Ciências Humanas e Sociais integrantes da CONEP, representantes das associações científicas nacionais de Ciências Humanas e Sociais, membros dos CEP de Ciências Humanas e Sociais e de usuários. Art. 30. Deverá ser estimulada a formação de CEP dedicados a projetos de pesquisa da área de ciências humanas e sociais. **Parágrafo único.** Os aspectos relacionados às modificações necessárias na Plataforma Brasil entrarão em vigor quando da atualização do sistema.

**Capítulo VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS** Art. 31. Aplica-se o disposto nos itens VII, VIII, IX e X, da Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012, no que couber e quando não houver prejuízo ao disposto nesta Resolução. Art. 32. A CONEP terá composição equitativa dos membros titulares e suplentes indicados pelos CEP entre a área de Ciências Humanas e Sociais e as demais áreas que a compõem, garantindo a representação equilibrada das diferentes áreas na elaboração de normas e no gerenciamento do Sistema CEP/CONEP. Art. 33. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que, em relação à estratégia do CNS de enfrentar a conjuntura existente no Senado, esta Resolução é determinante. Falou que inicialmente a proposta da Conep é derrubar o PL 200 e manter a regra atual. E estabelecer os prazos para seguir esta estratégia. Coordenador da Conep, **Jorge Venâncio**, falou que o posicionamento atual é ser contra o PL 200. Porém, ressaltou que não ficará o tempo todo no “ou tudo ou nada”, pois a situação pode evoluir e requerer negociações para minimizar os problemas. A proposta do PL 200 levaria os projetos para um local que apresenta problemas de tramitação, ao contrário da Conep, que está conseguindo analisar os projetos dentro do prazo. Disse que a reação é favorável a tese do CNS. Acha que, se multiplicar as iniciativas, tem possibilidade de crescer bastante o processo. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira** disse que vários atores devem atuar nesse apoio a pesquisas. Em São Paulo, no dia 13 de agosto, ocorrerá um evento em agradecimento pela defesa dos participantes de pesquisa, por iniciativa de entidades de doenças raras. No fim de agosto, em Fortaleza (CE), também haverá um evento de agradecimento. Cabe a todos os conselheiros participarem desta luta nas redes, na comunicação do dia a dia, ações que impactam positivamente os participantes das pesquisas. Membros da Conep que são conselheiros nacionais estão traçando ações para barrar a PL 200, como uma ida a Câmara dos Deputados. Conselheira **Maria Laura Bicca** parabenizou os membros da Conep, pois considera esta ‘luta árdua’. Sugeriu elaboração de Documento de uma página com principais informações sobre o tema, para o conselheiro levar consigo quando visitar o Congresso ou outros ambientes, como forma de ampliar a discussão com outros públicos. Falou que é coordenadora-adjunta da Comissão de Patologias e poderia se envolver nisso para ajudar na militância. Sugeriu a ida de parlamentares para a reunião do ENCEP. Conselheiro **Renato Barros** falou que as Medidas Provisórias (MP) 664 e 665 foram frutos de debate no Pleno, na reunião de junho. Sobre a MP 664, que trata de perícia médica, o Pleno decidiu por Recomendação à Presidente da República Dilma Rousseff. Tem ações sendo feitas por entidades no Congresso mas o conselheiro acha que poderiam ser casadas com a *Frente Parlamentar da Saúde e em Defesa do SUS*. Percebeu que algumas medidas contrariam e colocam em risco o SUS. Visitou algumas *Conferências Municipais* aonde foi aprovada a ideia de criar um *Dia Nacional em Defesa do SUS*. Sugeriu uma data em agosto para lutar por todos os projetos em tramitação; movimentos sociais se organizariam para ir ao Congresso pressionar os parlamentares a defenderem o SUS. Conselheiro **Eni Carajá** disse que a luta contra o PL 200 tem que ser entendida como um patrimônio do controle social. Uma das dificuldades em *Conferências Estaduais e Municipais* é o eixo que defendem Ciência e Tecnologia. Sugeriu como indutor deste eixo nestes eventos a preservação da Conep em manter sob sua responsabilidade as pesquisas clínicas. Citou o caso da demarcação das terras indígenas, que continua em tramitação no Congresso, com o risco de ser aprovada. Conselheiro **Elias Rassi Neto** disse que chama a sua atenção, na PL 200, a exclusão da Conep e do controle social para uma autoridade sanitária genérica. E a delegação dos Comitês, a deliberação final, pode ir para qualquer tipo de pesquisa clínica, retirando a experiência do controle social, impedindo a sociedade de interferência durante o processo, somente posterior e por meio de medidas legais. Considera excelente o trabalho que a comissão realiza, pois conseguiu aglutinar e intensificar debates em 14 Conselhos. Sugeriu que os conselhos profissionais presentes colaborassem no processo de comunicação no CNS



com informativos, jornais, páginas na internet (*site*, *Facebook*), para o Conselho não ficar dependendo só de ações no Congresso. Conselheira **Michely Ribeiro** enfatizou a exclusão do controle social com o PL 200. Disse ter posicionamento afirmativo sobre a Consulta Pública da nova Resolução. Na Resolução de 1996, sobre ética e pesquisa com seres humanos, havia informações sobre os sujeitos da pesquisa, como idade, sexo e cor, por exemplo. Porém, na Resolução 466, de 2012, esses dados foram retirados. Entretanto a conselheira considera esses dados significativos, pois, por meio desses dados, é possível reconhecer as maiores vulnerabilidades. Comentou que isso ocorreu com a participação do controle social; quando este controle for retirado, com a PL 200, será mais difícil ter acesso a essas informações. Enfatizou também a importância da sociedade participar de forma efetiva da tomada de decisão da pesquisa com seres humanos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** percebeu consenso do Pleno em reconhecer o papel da Conep nas pesquisas clínicas como um patrimônio do controle social. Por isso, sugeriu emissão de um posicionamento favorável unindo os argumentos apresentados. Comentou que considerou não muito clara a linguagem do texto da *Nota Técnica* da Conep a quem não é do meio. Disse que é bom dar maior visibilidade as ações da Conep mas com uma linguagem mais fácil de ser compreendida por acadêmicos e usuários, e com a sociedade, em geral. CNBB se coloca como possível colaboradora da Conep. Falou que é preciso desenvolver e amadurecer frente de parceria com grandes instituições. Sugeriu ainda construção de relação com Congresso de forma mais sistemática para apoiar ações já em curso. Conselheira **Denise de Freitas** comentou que, da primeira vez que o CNS debateu o PL 200, não quis fazer juízo de valor da Lei e disse que a comunidade científica estava bem insatisfeita com a Conep. Mudou de opinião depois de ter tido acesso a dados do trabalho que está sendo desenvolvido pela comissão. Concorde que tem que falar com parlamentar e divulgar a posição no *Facebook*, mas, acredita que o trabalho maior de diálogo deve ser feito com os pesquisadores. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse que há uma série de ações a realizar: divulgar o posicionamento até conversar com pesquisadores, mas ressaltou que se trata de disputa de poder e grupos de interesse, principalmente após o PL 200 já estar em tramitação no Congresso. Falou que é bom explicar a gravidade do efeito se o PL for aprovado, mas isso não pesa na hora da votação dos parlamentares. Se o governo não virar aliado do CNS nesta questão, a “queda de braço” é desigual com grupos de interesse que dominam o lugar. Toda pauta do Congresso que afronta o SUS tem representação do CNS, mas falou que não é preciso ter a presença dos 48 conselheiros lá, ou algum representante toda semana na Câmara ou Senado. Disse que o Congresso tem dinâmica que “dá as costas” para a sociedade. Explicou ao Pleno que o CNS está fazendo o seu papel. Coordenando a Mesa, a conselheira **Nelcy Ferreira** colocou em votação a Minuta de Recomendação da Conep. **Deliberação: Plenário se manifestou a favor da Minuta apresentada.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** comentou que havia dito no GT que o Pleno do CNS seria coerente e reconheceria a importância da Resolução, entendendo a necessidade de aprofundar a discussão e respeitar os prazos. Propôs que os conselheiros participem de forma ampla da reunião ENCEP. Desta forma, quando a comissão apresentar o texto final, em novembro, o debate será mais qualificado. **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Coordenador da Conep, explicou que a comissão optou por produzir dois textos sobre o PL 200: *Carta Aberta da Conep à sociedade*, documento simplificado, voltado para a sociedade, e a *Nota Técnica* da comissão, documento mais profundo, respondendo aos problemas que estão no projeto de lei. Se houver sugestão de aperfeiçoamento no texto, disse estar aberto ao diálogo, mas o *link* da *Carta Aberta* está disponível a todos. Acha que o caminho é combinar conversa com mobilização para ampliar a discussão. Como iria sair mais cedo da reunião, a conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** adiantou o **Informe** sobre a reabertura da *Frente Parlamentar da Segurança Alimentar e Nutricional*, que tinha ocorrido no dia anterior. Saudou a iniciativa, mas lamentou a ausência do CNS. **Sugestões:** Conselheiro **Clóvis Boufleur** sugeriu construir relação com Congresso de forma mais sistemática para apoiar ações já em curso e elaboração de texto em apoio a Conep, afirmando a importância da comissão nas pesquisas clínicas como um patrimônio do controle social. Conselheiro **Elias Rassi Neto** sugeriu que os conselhos profissionais presentes na reunião do CNS colaborassem no processo de comunicação no Congresso com informativos, jornais e páginas na internet, para o CNS não ficar dependendo só de ações no Congresso. Conselheiro **Eni Carajá** sugeriu colocar como indutor do eixo de Ciência e Tecnologia em *Conferências Estaduais e Municipais*, a manutenção de pesquisas clínicas sob o comando da Conep. Conselheira **Maria Laura Bicca** fez duas sugestões: elaboração de Documento de uma página com principais informações sobre o tema para conselheiros distribuírem em visitas ao Congresso ou a outros lugares, e ida de parlamentares para a reunião do ENCEP. Conselheiro **Renato Barros** sugeriu criação de *Dia Nacional em Defesa do SUS*, em agosto. Nesta data, os conselheiros iriam ao Congresso lutar por todos os projetos que estão em tramitação nas duas Casas, junto a *Frente Parlamentar em Defesa da Saúde e do SUS*. **Deliberação: Plenário se manifestou a favor da Minuta apresentada pela Conep para a segunda Resolução Complementar sobre a Resolução CNS 466/2012 (Resolução sobre as especificidades éticas das pesquisas nas ciências sociais e humanas e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas).** **ITEM 09 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Discussão e votação de pareceres.** Coordenação: **Nelcy Ferreira da Silva**, Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Maria Arindelita de Arruda**, Coordenadora da CIRH. Os trabalhos da tarde começaram com a convidada da

Mesa do dia anterior, **Maria Lucia Santos Pereira da Silva**, do Movimento Nacional de População de Rua, que integraria a Mesa do *Item 02 – Direito Humano à Saúde no SUS*. Disse que no horário do debate estava em reunião com o Conselho Nacional do Ministério Público. Solicitou o apoio do CNS para coibir as violações de direito que a população de rua sofre, como violência e assassinatos. Em março, ocorreu *Seminário de Saúde* com 150 pessoas, e a participação da Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, além de oito conselheiros que depois repassaram o que foi debatido em *Conferências Municipais e Estaduais*. Ofereceu o Relatório do Seminário aos membros do Conselho e entregou em mãos da conselheira Nelcy Ferreira. Pediu também ao CNS que prestasse atenção a quatro temas: Saúde Mental, Doença Calciforme, HIV/AIDS e Tuberculose da população de rua. Logo depois, conselheira **Maria Arindelita de Arruda**, coordenadora da CIRH, deu início ao item 09. Disse que a Comissão está conferindo o número de representantes de trabalhadores de saúde nas *Conferências Estaduais e Municipais* e solicitou a implementação de CIRH nos Conselhos Estaduais. Disse que a CIRH avalia abertura/renovação de cursos de Psicologia, Odontologia e Medicina, pois a formação é uma das “bases de sustentabilidade” do SUS. O objetivo da Comissão é que a grade curricular tenha aproximação com o SUS, e que a formação seja voltada para as necessidades da população. A CIRH analisou 12 processos. Quatro Cursos foram considerados *Insatisfatórios*, sendo que três solicitavam autorização para cursos de Psicologia e um pedia renovação de reconhecimento. Os demais processos foram considerados *Satisfatórios, com Recomendações*. Desses oito processos, um era para reconhecimento de curso de Medicina, e três para reconhecimento de cursos de Psicologia; um solicitava renovação de reconhecimento para curso de Psicologia e três solicitavam autorização para cursos de Odontologia. Em seguida, foram apresentados os quatro pareceres da considerados **Insatisfatórios** pela comissão. **Processo 201400807 – Centro Universitário Christus - Unichristus – Fortaleza (CE) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:**

a) Não houve indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso, conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; b) Não existe alinhamento entre as qualidades do perfil profissional apresentadas no PPC e a proposta de formação curricular sugerida. No que diz respeito às Ênfases Curriculares, estas estão apresentadas de forma desarticulada e não transversalizam com o conteúdo das disciplinas obrigatórias do curso havendo, em sua maioria, uma bifurcação entre teoria e prática, configurando uma separação entre conhecimentos, habilidades e as competências em desacordo com as DCN de Psicologia; c) Não há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo assim a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; d) Não há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo assim a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; e) Não está descrito na Proposta da IES a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nos cenários de prática, o que não assegura a absorção dos discentes conforme esperado, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região; f) A solicitação de 140 vagas diurnas e 140 noturnas pode comprometer a capacidade da rede local e a inserção dos alunos nos cenários de prática e a proposta não configura uma demanda social relevante para a abertura de curso. Em Fortaleza são ofertadas 1.465 vagas/ano e a rede de saúde local disponibiliza 14 CAPS, sendo somente 02 CAPS, ad 24h, como possíveis cenários de prática (Item 4, subitem c, da Resolução Nº 350/2005 e Parágrafo único do Art. 27 da Lei Nº 8080/90); g) Não há diferenciação no PPC nem na matriz curricular quanto às turmas diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno; h) O número de bancadas no Laboratório de Fisiologia é insuficiente para o número de vagas pretendidas pela IES. Outrossim, não há computadores e mobiliário suficientes na sala dos professores para comportar uso simultâneo por um número mais significativo de docentes em horários de grande circulação (item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005). **Processo 201400887 – Faculdade Sudoeste Paulista – FSP – Itapetininga (SP) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:** a) Não há menção dos campos de prática dos alunos quanto à relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágios Supervisionados e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros; b) O PPC da IES apresenta as Ênfases Curriculares (“Psicologia e Processos Clínicos” e “Psicologia e Processos Educativos”) de forma bifurcada, a partir do sétimo semestre. Na forma como está, o curso configura-se como especialização precocemente estabelecida, distanciando-se do perfil de formação generalista, conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares e a Resolução CNS Nº 350/2005. Estão caracterizadas como terminalidades nos dois últimos anos do curso, justamente o que não se deseja em relação às Diretrizes Curriculares; c) O PPC da IES demonstra desequilíbrio entre as disciplinas no que diz respeito aos diferentes níveis de atenção em saúde: primário, secundário e terciário. No PPC há grande concentração das disciplinas nos dois últimos níveis; d) A estrutura do PPC em relação aos Eixos Estruturantes (articulações horizontais e verticais ao longo do curso) e em relação às Ênfases Curriculares, não os configura como especializações já na graduação; e) Não há diferenciação no PPC nem na matriz curricular quanto às turmas (diurno e noturno) no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços

para este turno; f) O número de cursos na vizinhança é muito grande, não se configurando em demanda social relevante para a abertura do mesmo; g) Recomenda-se avaliar a importância da entrada de estudantes na composição do NDE. **Processo 201403036 – Faculdade Regional Riachão do Jacuípe – FARJ – Riachão do Jacuípe (BA) - Autorização para curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:** a) Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso, conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; b) Não há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo a valorização da sua dedicação na Atenção Básica conforme Art. 27 da Lei Nº 8.080/90; c) A matriz curricular não deixa suficientemente claro sobre a carga horária do Estágio Supervisionado a ser ofertado. A explicação declarada na Minuta de Diligência encaminhada à SERES, não está de acordo com a matriz curricular disponibilizada no sistema e-MEC; d) O PPC não assegura a possibilidade de trocas interprofissionais visando a construção prática da interprofissionalidade na formação do aluno, conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005, visto ser curso isolado na área de saúde; e) O número de professores pretendidos atualmente pode comprometer a capacidade didático-pedagógica nos anos subsequentes do curso conforme o item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; f) A rede de saúde instalada mostra-se insuficiente para comportar o nº de vagas pretendidas pela IES. **Processo 201407606 – Faculdade Boa Viagem – FBV – Recife (PE) - Renovação de reconhecimento de curso de Psicologia – Insatisfatório. Fundamentos do Parecer:** a) Não há documentação anexa ao Processo no Sistema e-MEC, como Termos de Compromisso/Convênio, com a rede pública de saúde que comprovem e assegurem a utilização da rede de serviços do SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região. Não há relatos dos avaliadores do INEP de que tais documentos existam; b) Não há relação da PPC com os Eixos Estruturantes. Há horizontalidade na proposta, mas o fluxo da matriz curricular em sua verticalidade se distancia dos Eixos Estruturantes preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais; c) Não está clara a relação entre os Estágios Básicos e os Estágios Específicos. A localização dos Estágios Básicos a partir do sétimo módulo corre o risco de não possibilitar sua configuração como Estágio Básico, transformando-se em fase inicial do Estágio Específico; d) Não há, também, menção dos campos de prática dos alunos quanto à relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágios Supervisionados e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros; e) A carga horária de Estágios (básico e específico), de acordo com o artigo 22, parágrafo 3º das DCNs, devem ter, no mínimo, 15% da carga horária total do curso. O curso possui 4040 horas. Neste sentido a carga horária mínima de estágio deve ser de 606 horas; f) Não há diferenciação no PPC, nem na matriz curricular, quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno. g) Não está explícita a relação das PEX's com a inserção dos alunos na rede de saúde logo nos primeiros módulos do curso. Antes de colocar para votação os pareceres considerados *Insatisfatórios* pela comissão, conselheiros questionaram o item g da avaliação do curso de Psicologia da Universidade Sudoeste Paulista: *Recomenda-se avaliar a importância da entrada de estudantes na composição do NDE.* Como normalmente Recomendações ocorrem dentro de um parecer *Satisfatório, com Recomendações*, pois a comissão acompanha o que ocorre e os processos retornam para avaliação. Além disso, alguns Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) já aceitam a participação de alunos. Após este questionamento, a comissão decidiu excluir esta última Recomendação relacionada à Universidade Sudoeste Paulista. Logo depois, foram colocados para votação os Pareceres e o Plenário aprovou. **Deliberação: Pleno do CNS aprovou os quatro processos considerados Insatisfatórios pela CIRH.** Coordenadora da CIRH, conselheira **Maria Arindelita de Arruda** comentou que estava presente na reunião um professor do curso de Odontologia da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, de São Luís (MA), e agradeceu a presença do docente em nome de todos. Em seguida, foram apresentados os oito processos considerados *Satisfatórios, com Recomendações*, pela CIRH. **Processo 201357208 – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro (RJ) - Reconhecimento de curso de Medicina – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Apresentar indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso, conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; b) Apresentar os documentos que comprovem os convênios nos próximos ciclos avaliativos; c) Esclarecer a relação número de alunos por professor-supervisor, preceptor nas turmas das disciplinas de Estágios Supervisionados e indicação da inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática; d) O curso está baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, e deve se adequar às novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014; e) Deve ser esclarecido o número de docentes, pois os números apresentados no sistema não conferem com os números apresentados pelos avaliadores do MEC; f) Estabelecer metodologias ativas de ensino centradas no estudante com a inclusão de aulas em pequenos grupos, problematizadoras, revendo-se a metodologia que prevalece hoje no referido curso; g) Abertura de Residências Médicas em áreas básicas articuladas ao desenvolvimento do internado com maior articulação com a rede de atenção à saúde local. **Processo 201403670 – Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – São Luís (MA) -**

**Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Inclua a participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; b) Explicita no PDI como são desenvolvidas as reflexões e ações a cerca da questão étnico-racial. **Processo 2014042753 – Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo – Santo Ângelo (RS) - Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Inclua a participação dos gestores locais do SUS na construção do PPC, conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; b) Explicita no PPC a inserção dos estudantes na comunidade desde o primeiro ano do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; c) Adapte o PPC (com estrutura muito fragmentada) ao perfil pretendido para o egresso (generalista, humanista, crítico e reflexivo). **Processo 201404672 – Faculdade Paulo Picanço - FPP – Fortaleza (CE) - Autorização de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Recomenda-se a abertura de outros novos cursos de graduação na saúde no sentido de garantir o preconizado no item 04, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005; b) Demonstrar nos próximos ciclos avaliativos a articulação da Faculdade Paulo Picanço com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso; c) Esclarecer a relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágios Supervisionados e Estágio Supervisionado Extra Muros, e indicar a inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros; d) Reavaliar o quantitativo de materiais a ser disponibilizado para as aulas de anatomia de cabeça e pescoço assegurando o amplo acesso dos alunos nessa prática, bem como o acervo da bibliografia básica do curso adequando-os à capacidade didático-pedagógica, conforme item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; e) Atentar à inserção do aluno na comunidade, a qual ocorre somente no segundo ano do curso; f) Diferenciar no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno; g) Recomenda-se a abertura de residência em área da saúde e multiprofissional. **Processo 201405555 – Universidade Anhembí Morumbi - UAM – São Paulo (SP) - Reconhecimento de curso de Odontologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Defina explicitamente as Secretarias envolvidas na integração ensino-serviço no SUS como também, a forma de inserção do estudante: carga horária, integração teoria-prática e em que momentos durante o curso a inserção e a integração entre estes conhecimentos acontecem; b) Apresente documentação que certifique o comprometimento dos gestores locais do SUS com o desenvolvimento do curso de Psicologia, de acordo como recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei Nº 8080/90; c) Descreva como ocorre a inserção do estudante, de maneira explícita, nos campos de prática junto à comunidade desde o início do curso, quais são os campos de prática, em que momento da formação há esta inserção e como acontece a integração da teoria com a prática, com atenção especial nos serviços de saúde do SUS, e como se operacionaliza para o turno vespertino e para o noturno; d) A inserção explícita do aluno no SUS e em que rede e níveis de atenção estão acontecendo, além da proporção de alunos por serviço e como ocorre a supervisão e integração com os profissionais da rede do SUS; e) Esclareça sobre o quantitativo de vagas anuais ofertadas, visto que foram autorizadas 120 e os avaliadores do INEP informam que são 150 vagas em curso. **Processo 201405908 – Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio - UAM – Itáú (SP) - Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Apresente comprovação da construção de parceria para desenvolvimento do curso de Psicologia com os gestores locais do SUS e demonstre os compromissos assumidos, considerando as necessidades sociais no contexto em que se insere, por meio de documentação celebrada entre as partes envolvidas; b) Apresente proposta dirigida ao corpo discente de implantação de serviço de apoio ao estudante, apoio à participação em eventos científicos, incentivo à produção científica, baseada nas necessidades sociais de saúde, que considere os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e as diversidades demográficas, epidemiológicas, sanitárias, sociais, ambientais e econômicas da região e do país; c) Apresente a integração ensino-serviço na rede pública de saúde (SUS) como campo de estágio, comprovando por meio de Termo de Convênio/Termo de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a garantia da utilização da rede de serviços instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, demonstrando a coerência entre a oferta de vagas com a capacidade instalada para a prática; d) Explicita os campos de estágio, estabelecendo a carga horária relacionada às ações de planejamento coletivo entre o curso e projetos interdisciplinares e integradores de estágio, pesquisa e extensão; e) Descreva os campos de prática na rede pública de saúde, incluindo capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, visando identificação da situação de aprendizado dos mesmos e garantia de sua qualidade, comprovando número de docentes, tutores e/ou e preceptores relacionados ao número de discentes; f) Apresente a composição de CEP na CEUNSP. **Processo 201407697 – Faculdade Anhaguera de Anápolis - FAAA – Anápolis (GO) – Renovação de Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com**

**Recomendações. Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Apresente os Termos de Convênios ou Termos de Compromisso, tendo em vista que o PDI descreve articulação em rede para o atendimento da comunidade; b) Indique documento comprobatório da articulação da IES com a gestão local do SUS, descrevendo a participação no desenvolvimento do PPC do curso conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução CNS Nº 350/2005; c) Descreva de modo explícito a inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, destacando a dedicação do aluno na Atenção Básica, conforme Art. 27 da Lei Nº 8.080/90; d) Prever no PPC mais momentos onde ocorram as trocas interprofissionais, visando a construção prática da interprofissionalidade na formação do aluno, conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005; e) Descreva no PPC como se dá a inserção dos estudantes nos campos de prática nos estágios curriculares, quanto ao número de estudantes por equipe, capacidade de atendimento, disposição dos alunos, física e numérica nestes cenários; f) Crie Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição; g) Inclua no NDE um membro discente.

**Processo 201415227 – Faculdade Regional de Alagoinhas - FARAL/UNIRB – Alagoinhas (BA) - Reconhecimento de curso de Psicologia – Satisfatório com Recomendações.**

**Recomendações para a IES nos próximos ciclos avaliativos:** a) Comprovar, através da indexação de documentos no sistema e-Mec, a existência de Termos de Convênios ou Termos de Compromisso entre a IES e a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde para uso da rede de atenção a saúde do SUS e outros equipamentos; b) Descrever claramente o modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, valorizando sua inserção na Atenção Básica, conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; c) Diferenciar no PPC e na matriz curricular quanto aos cursos diurno e noturno no que se refere à forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno; d) Esclarecer na matriz curricular sobre a carga horária do Estágio Supervisionado que deverá ser de no mínimo 15% da carga horária total do curso; e) Dispor no PPC a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos fisicamente nos cenários de prática extramuros; f) Adequar o laboratório de anatomia, pois o mesmo atende no limite inferior de sua capacidade para o nº de alunos e possui escassez de material, conforme exigido no item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; g) Esclarecer no PPC a possibilidade de trocas interprofissionais visando a construção prática da interprofissionalidade na formação do aluno, conforme item 4, subitem c, da Resolução CNS Nº 350/2005.

Conselheiro **Claudio Garcia Capitão** disse que, se o Pleno acha que o NDE deva ser ampliado, fez a proposta de que esta condição seja colocada como Recomendação a todas estas avaliações. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que entende que só pode ser exigido como Recomendação o que já foi definido pelo CNS por Resolução, anteriormente. Se os processos retornarem e não conseguirem cumprir a Recomendação, o parecer pode se transformar em *Insatisfatório*. Tem que estar circunscrita ao que o CNS pode cobrar. Conselheira **Suelen Nunes** questionou a inserção de Metodologias Ativas para o curso de Medicina de Macaé (RJ), da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ: *Estabelecer metodologias ativas de ensino centradas no estudante com a inclusão de aulas em pequenos grupos, problematizadoras, revendo-se a metodologia que prevalece hoje no referido curso*. Conselheira pediu mais informações a respeito desta proposta da CIRH. Soube que esta faculdade apresentou problemas no passado e melhorou graças à mobilização estudantil. Falou que ainda há resquícios antidemocráticos dentro das universidades, e que muitas ainda limitam a participação de estudantes em processos decisórios. Em relação ao debate sobre inserção de alunos no NDE, considera bom o CNS amadurecer a ideia, pois representaria um avanço para qualquer curso. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) pediu esclarecimento sobre a Recomendação pedida pela CIRH para o curso de Odontologia da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, de São Luís (MA), a respeito do item: *Explicitar no PDI como são desenvolvidas as reflexões e ações a cerca da questão étnico-racial*. Coordenadora da CIRH, **Maria Arindelita de Arruda** disse que a comissão achou interessante explicar melhor a questão racial ao colocar no currículo como ocorre a atividade pedagógica e são feitas essas reflexões. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** disse que nos *Planos de Desenvolvimento Institucionais (PDI)*, há explicações sobre as questões étnico-raciais. Neste curso, em especial, o PDI desenvolve ações a respeito do tema. Por isso foi solicitado que o curso explicitasse quais são essas ações. Concorda com a opinião da conselheira Suelen Nunes de discutir a inclusão de discentes no NDE. Por ora, porém, é preciso seguir a legislação atual, e não pode exigir ou solicitar que os cursos incluam alunos nesses Núcleos. Após questionamento do conselheiro **Gilson Silva**, de um curso ser considerado *Satisfatório*, mas *com Recomendações*, a coordenadora da CIRH, **Maria Arindelita de Arruda** explicou que Recomendação não é Pendência, mas um pedido para o curso explicar melhor certos aspectos de seu curso, que já foi aprovado pela comissão. Entretanto, ressaltou que a CIRH só faz Recomendações do que é legal, do que está sendo exigido por lei. Conselheiro **Haroldo Pontes** explicou que o ciclo avaliativo retorna para a comissão se o parecer receber o parecer *Satisfatório*, *com Recomendações*, e a base de avaliação da CIRH é feita com base na Resolução 350. Conselheiro **Gerdo Bezerra Faria** explicou para o conselheiro Gilson Silva que existem ciclos avaliativos e espera-se que no próximo ciclo as Recomendações estejam cumpridas. E, se não forem cumpridas, pode receber o parecer de *Insatisfatório*. Conselheiro **Haroldo Pontes** explicou que há Recomendações que, se não forem cumpridas, desautorizam todo o trabalho, mas há outras que podem ser esquecidas. Há diferenças e nuances entre uma Recomendação e outra. Logo

depois, como coordenadora da Mesa, conselheira **Nelcy Ferreira** colocou em votação a proposta de pareceres futuros serem analisados com base na Resolução 350. **Deliberação: proposta aprovada.**

Em seguida, conselheira colocou em votação os pareceres considerados **Satisfatórios, com Recomendações**, pela CIRH. **Deliberação: Pleno aprovou os processos considerados Satisfatórios, com Recomendações.** SOLICITAÇÕES: Conselheira **Maria Arindelita de Arruda** pediu a implementação de CIRH nos Conselhos Estaduais. **Deliberações: Pleno aprovou a análise da CIRH para 12 cursos: quatro cursos foram considerados Insatisfatórios e oito foram considerados Satisfatórios, com Recomendação, assim como a proposta de, no futuro, os pareceres serem analisados com base na Resolução 350 do CNS.** Logo depois o item foi encerrado e em seguida a Pauta passou para o *Item 11 – Informes e Indicações*. **ITEM 10- PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS.** Coordenação: **João Palma**, Secretário Executivo do CNS e **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. **ITEM 10- PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CNS.** Coordenação: **João Palma**, Secretário Executivo do CNS e **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS. **João Palma**, Secretário Executivo do CNS, deu início a Prestação de Contas logo após ser encerrado o *Item 07 – 15ª Conferência Nacional de Saúde: Conferências Municipais de Saúde, Oficinas*. Disse que o detalhamento dos gastos de 2014 já está publicado na internet, na página da SGE/MS. Comparou o volume dos gastos de 2014. A dotação planejada foi de R\$ 11 milhões e foi executado cerca de R\$ 9,5 milhões. Foram realizadas 73 reuniões de comissões no ano passado, sendo 32 permanentes e 41 temáticas, ao custo de R\$ 2 milhões. Em 2015 foram 11 Reuniões Ordinárias e 2 Extraordinárias, ao custo total de R\$ 1.428 milhões. Também ocorreram 15 eventos, com diárias e passagens, no valor de quase R\$ 409 milhões. O valor planejado para gastos em 2015 está avaliado em R\$ 10.560 milhões, e executado até 1º de julho a quantia de R\$ 1.272 milhões. A previsão de eventos é maior este ano, então o valor para 20 eventos é R\$ 697 milhões. Para as reuniões, oficinas e eventos relacionados a *15ª Conferência* o valor é relativamente pequeno (cerca de R\$ 1,5 bilhão), para um número de 82 eventos, e há ainda R\$ 15 milhões para serem gastos com infraestrutura e outras despesas. **João Palma** afirmou que o ministro garantiu que nenhum centavo da saúde seria perdido este ano. Conselheira **Nelcy Ferreira** questionou o Secretário dos recursos que já foram executadas até o momento para a *15ª Conferência*. De onde saem esses recursos, da rubrica CNS ou da rubrica da Conferência? Secretário **João Palma** respondeu que antes havia saído da rubrica CNS, mas nas duas últimas semanas já passou a sair da conta da Conferência. Conselheiro **Osvaldo Peralta Bonetti** observou que foi um processo vitorioso, pois o orçamento para o CNS, no início do governo Lula, não chegava a R\$ 1 milhão. Acha que isso demonstra a importância da gestão do espaço e do emprego dos recursos. Conselheiro **Elias Silva** falou do *Fórum Interconselhos*, que ocorrerá nos dias 27, 28 e 29 de julho. **João Palma** lembrou o Pleno de que ainda faltava o *Item 12 - Informe Parlamentar*. Comentou que, no dia anterior à reunião, foi aprovada a flexibilização da *Lei de Responsabilidade Fiscal* em uma Comissão Especial. Seria bom acompanhar as PECs sobre saúde. Disse que vai colocar no *site* o *Informe Parlamentar* para os conselheiros poderem acompanhar o que está ocorrendo. **Maria do Socorro de Souza**, Presidente do CNS, disse para enviar a informação da aprovação da Lei para os conselheiros via *e-mail*. Disse para o conselheiro **Elias Silva** que a data do *Fórum Interconselhos* ia coincidir com dois dias do Congresso da Abrasco (Abrascão). Logo depois se despediu dos conselheiros presentes e encerrou a reunião. O *Item 12 – Informe Parlamentar* foi adiado para a reunião seguinte. **ITEM 11 – INFORMES E INDICAÇÕES.** Coordenação: **Carlos Duarte** – Mesa Executiva do CNS. Este item foi apresentado antes do Item 10. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** perguntou se as *Recomendações* pendentes poderiam ser avaliadas logo, enquanto havia quórum para votação. Coordenando a Mesa, conselheiro **Carlos Duarte** disse que apresentaria o *Calendário Eleitoral*, para os conselheiros definirem os planos de voto e, logo depois, seguiria com as *Recomendações* Pendentes. Informou que a reunião do Conselho no próximo mês ocorrerá nos dias 05 e 06 de agosto, e, no dia 06, à noite, ocorrerá abertura do *Congresso do Conasems*. No dia seguinte, haverá espaço no evento para o CNS trabalhar eixos da *15ª Conferência* dentro de Oficina. Então, os conselheiros que queiram participar da reunião do CNS e deste evento devem se programar para voltar a seus estados a partir do dia 08 de agosto, quando termina o *Congresso do Conasems*. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** explicou que há comissões do CNS que foram convidadas pelo Conasems para participar de painéis e, por isso, gostaria de solicitar três vagas para membros da Comissão Intersetorial da Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem (CIASAJ) para organizar a participação em dois painéis: sobre Criança, e sobre Adolescente e Jovem. O próprio conselheiro e a conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** já estarão presentes no Congresso. Conselheira **Clarice Baldotto** fez a leitura do *Calendário Eleitoral*. Disse que todas as datas foram mantidas, inclusive a reunião de posse, no dia 16 de dezembro. Entretanto a reunião ordinária, que a precede, foi transferida para os dias 15 e 16 de dezembro (terça e quarta-feira). As demais datas foram mantidas, conforme havia sido apresentado no dia anterior. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou *Recomendação a Presidência da República a respeito da Lei nº 11.265, sobre alimentos a lactantes e crianças da primeira infância*. Comentou que, na outra ocasião que o assunto foi debatido no Pleno, o ministro Artur Chioro havia dito que já estava pronta uma Minuta sobre o tema. Conselheiro disse ter a informação de que essa Minuta já está na Casa Civil. Entretanto, a Lei já existe há nove anos mas não há um Decreto que a regule; por isso solicita a publicação imediata do Decreto de



Regulamentação da Lei nº 11.265/2006. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando que a Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos (bicos, chupetas e mamadeiras), ainda não foi regulamentada pelo Poder Executivo; Considerando que a minuta de Decreto de Regulamentação passou por várias áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e foi encaminhado à Casa Civil no segundo trimestre de 2015. Recomenda: À Presidenta do Brasil Dilma Rousseff a publicação imediata do Decreto de regulamentação da Lei 11.265/2006 que prevê legislação protetora da amamentação. **Deliberação: Minuta de Recomendação aprovada pelo Pleno.** Logo depois, Clovis Bouffleur apresentou nova proposta de **Recomendação ao Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**, aprovada no CNS no ano passado e já compactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde no dia 5/11/2014 e que a construção da proposta da política contou com a participação de dezenas de instâncias de representação da criança, incluída a Comissão de Atenção à Saúde da Criança, Adolescente e Jovem, do Conselho Nacional de Saúde; Considerando que houve a pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 11 de dezembro de 2014. Recomenda: Ao Ministro de Estado da Saúde, Arthur Chioro, a publicação da Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), aliada a uma estratégia para dar publicidade e informar os conselhos, gestores e a população de mais esta conquista no Sistema Único de Saúde. **Deliberação: Recomendação aprovada pelo Pleno do Conselho.** Em seguida, conselheiro Carlos Ferrari citou documento elaborado pela Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) em relação a vetos praticados pela Presidência da República a dispositivos da Lei Brasileira da Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Conselheiro destacou os vetos feitos no texto: o primeiro refere-se aos 10% de reserva de vagas nos processos seletivos de universidades, no Art. 29. Governo alega que existem dados demográficos para definir esta situação. Porém, na visão da ONCB, tal medida afirmativa mostra conquista do movimento e do movimento afrodescendente; luta conjunta de movimentos socialmente discriminados. Além disso, maioria das escolas de ensino fundamental e médio não têm suporte nem metodologia adequada. Comentou que os movimentos ficaram 15 anos discutindo para chegar a esta proposta e virar Lei. O segundo veto se refere ao Art. 32, que fala de projetos e construções do Programa Minha Casa, Minha Vida para considerar os princípios do desenho universal. Governo alegou que já está previsto no programa mecanismo que garante a acessibilidade das unidades habitacionais, inclusive com as devidas adaptações ao uso por pessoas com deficiência. O que foi alegado, segundo o conselheiro, é a possibilidade de adaptar kits a casas já construídas. Porém, disse que a medida não beneficiaria somente as pessoas com deficiência, mas também idosos e pessoas com mobilidade reduzida. O próximo artigo vetado foi o Art. 101, em que propõe modificações na Lei 8.213, o Art. 93, caput e incisos, sobre a reserva de cotas nas empresas com 50 até 99 empregados, com uma vaga destinada a pessoas com deficiência. O governo alegou que a medida poderia gerar impacto relevante no setor produtivo. No Art. 106, o veto recai sobre o à isenção do IPI na compra de veículos. A razão apontada para o veto foi que a medida pode resultar em alto impacto econômico. E o veto ao Art. 109 refere-se às modificações do Código Nacional de Trânsito. A cada 20 veículos de Centro de Formação de Condutores, deve se oferecer um veículo adaptado para o aprendizado de pessoas com deficiências. Governo alegou que o Conselho Nacional de Trânsito deve definir as medidas a respeito e pode esperar por novas tecnologias antes de fazer a adaptação nos carros. Comentou que há mais dois vetos da Presidência da República, porém a ONCB não está questionando esses vetos. Segue abaixo, na íntegra, o **Posicionamento Institucional da Organização Nacional de Cegos do Brasil com respeito a Vetos praticados pela Presidência da República a dispositivos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** Desde a redemocratização do país e da promulgação da Constituição Cidadã de 1988, o Brasil tem avançado na conquista de melhores e maiores patamares de civilidade. As leis orgânicas da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei de Diretrizes e Base da Educação, o Estatuto do Idoso, dentre tantos outros diplomas legais, tiraram milhões de brasileiros e brasileiras da invisibilidade, assegurando a essas pessoas a condição de sujeitos de direito. O segmento das pessoas com deficiência vivenciou e atuou de maneira substantiva durante todo esse caminho, fazendo do lema Nada sobre nós sem nós, um princípio estruturante de todas as lutas encampadas pelo segmento. Nestas últimas décadas, muito se avançou, e hoje podemos ver por meio de adequações arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais, uma série de pequenas grandes transformações, fruto da implementação de leis como 10.098 - Lei da Acessibilidade, e da

Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, documento que no Brasil ganhou força de emenda constitucional. Ter um Estatuto, com a prerrogativa de consolidar, e trazer tantos outros direitos até aqui negligenciados e violados, há muito tem sido uma perspectiva debatida pelo segmento, que foi ganhando corpo a partir de um Projeto de Lei apresentado pelo Senador Paulo Paim, em 2003. De lá para cá, câmaras técnicas foram constituídas, grupos de trabalho criados, e uma série de encontros setoriais nas cinco regiões do Brasil foram organizados. Os esforços dessa construção trataram desde a nomenclatura do futuro documento até as tantas demandas e possibilidades que se poderia inserir em uma lei com essa envergadura. O resultado desta construção culminou em uma aliança suprapartidária que mobilizou parlamentares da Câmara e do Senado em torno da aprovação do PL, sinalizando para os mais de quarenta e cinco milhões de brasileiros(as) e seus familiares, um grande salto no sentido de resgatar perdas históricas resultantes de enorme exclusão social. No último dia 06 de julho, em meio a uma grande celebração, a Presidenta da República sancionou o documento que recebeu do Legislativo. Contudo, apontou vetos que nos faz lamentar e se posicionar para que futuramente consigamos ter tais conquistas de alguma forma asseguradas por lei. Essa manifestação não tem por intuito ofuscar o brilho de uma conquista com tamanha relevância. Trata-se de um chamado para que possamos nos mobilizar diante da perda de avanços civilizatórios que já dávamos como certos. Vetar artigos de uma lei encaminhada para o Executivo é direito constitucional da Presidência da República e alguns pontos, inclusive, reconhecemos como legítimos. Contudo, é inaceitável retrocedermos diante de ações afirmativas já pactuadas e amplamente discutidas pela sociedade, principalmente se considerarmos os motivos apontados para tanto. Abaixo apontamos os vetos com os quais discordamos, os motivos apontados pelo governo e pequenas considerações que entendemos poder explicar o porquê dessa manifestação. **Veto de todo o Art. 29.** As instituições de educação profissional e tecnológica, as de Educação, Ciência e Tecnologia e as de educação superior, públicas federais e privadas, são obrigadas a reservar, em cada processo seletivo para ingresso nos respectivos cursos de formação inicial e continuada ou de qualificação profissional, de educação profissional técnica de nível médio, de educação profissional tecnológica e de graduação e pós-graduação, no mínimo, 10% (dez por cento) de suas vagas, por curso e turno, para estudantes com deficiência. § 1º No caso de não preenchimento das vagas segundo os critérios estabelecidos no caput deste artigo, as remanescentes devem ser disponibilizadas aos demais estudantes. § 2º Os cursos mencionados neste artigo não poderão excluir o acesso da pessoa com deficiência, sob quaisquer justificativas baseadas na deficiência. § 3º Quando não houver exigência de processo seletivo, é assegurado à pessoa com deficiência atendimento preferencial na ocupação de vagas nos cursos mencionados no caput deste artigo. **Razões apontadas para o veto:** “Apesar do mérito da proposta, ela não trouxe os contornos necessários para sua implementação, sobretudo a consideração de critérios de proporcionalidade relativos às características populacionais específicas de cada unidade da Federação onde será aplicada, aos moldes do previsto pela Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Além disso, no âmbito do Programa Universidade para Todos – PROUNI, o governo federal concede bolsas integrais e parciais a pessoas com deficiência, de acordo com a respectiva renda familiar.” **Nossas considerações:** Estamos tratando aqui de uma ação afirmativa que amplia sob maneira as possibilidades de acesso de um público historicamente excluído dessas formações. Pessoas com deficiência para ingressar em um curso profissionalizante e em formações em nível superior, precisam de acordo com o atual cenário, superar um vácuo histórico de ausência do Estado em toda sua formação. Não temos escolas acessíveis, não existem materiais didáticos adaptados do tamanho da demanda, tampouco suportes específicos como cuidadores e professores especialistas que possam atender às demandas de alunos no ensino fundamental e médio. Vetar o artigo 29 significa fechar as portas para uma oportunidade histórica, que faria das instituições de ensino superior, ambientes mais diversos, plurais e inclusivos. Conquista semelhante já foi assegurada por companheiros do movimento negro, e claramente podemos perceber os ganhos proporcionados por essa vitória. **(Veto do inciso II do Art. 32):** Art. 32. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a pessoa com deficiência ou o seu responsável goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: II – definição de projetos e adoção de tipologias construtivas que considerem os princípios do desenho universal. **Razões apontadas para o veto:** “Da forma ampla como prevista, a medida poderia resultar em aumento significativo dos custos de unidades habitacionais do Programa Minha Casa, Minha Vida, além de inviabilizar alguns empreendimentos, sem levar em conta as reais necessidades da população beneficiada pelo Programa. Além disso, no âmbito do próprio Minha Casa, Minha Vida, é previsto mecanismo para garantia da acessibilidade das unidades habitacionais, inclusive com as devidas adaptações ao uso por pessoas com deficiência.” **Nossas considerações:** Colocar o aspecto custo como sendo motivador para vetar tal inciso é reafirmar a ideia de que o que se destina para acessibilidade é gasto e não investimento. Ter casas projetadas na perspectiva do desenho universal significa não apenas qualidade de vida digna para seus moradores com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Também se trata da possibilidade de melhor acolhida de familiares nesta condição, além é claro de se ter um ambiente adequado para eventuais limitações de curto prazo, as quais todos brasileiros(as) estão sujeitos. Atualmente os atuais mecanismos pensados a partir do programa Minha Casa Minha Vida, são paliativos que estão longe de contemplar

verdadeiramente as necessidades vivenciadas pelas pessoas com deficiência e seus familiares. **Veto No Art. 101 do Estatuto, em que propõe modificações na Lei 8.213, o Art. 93, caput e incisos:** “Art. 93. As empresas com 50 (cinquenta) ou mais empregados são obrigadas a preencher seus cargos com pessoas com deficiência e com beneficiários reabilitados da Previdência Social, na seguinte proporção: I – de 50 (cinquenta) a 99 (noventa e nove) empregados, 1 (um) empregado. **Razões apontadas para o veto:** “Apesar do mérito da proposta, a medida poderia gerar impacto relevante no setor produtivo, especialmente para empresas de mão-de-obra intensiva de pequeno e médio porte, acarretando dificuldades no seu cumprimento e aplicação de multas que podem inviabilizar empreendimentos de ampla relevância social.” **Nossas considerações:** Cabe lembrar que atualmente a Lei 8213 assegura a contratação de pessoas com deficiência e reabilitados pelo INSS por empresas com quadro a partir de cem funcionários. Ampliar essa obrigatoriedade para empresas com quadro a partir de cinquenta funcionários, significaria uma possibilidade de triplicar o pouco mais de um por cento de pessoas com deficiência em condições de trabalho, que hoje conseguiram acessar o mercado formal. Em nossa visão, pior que o veto é a justificativa, que coloca pessoas com deficiência como sendo um fardo para empreendimentos de ampla relevância social. **Veto do Art. 106 do Estatuto, refere-se à isenção do IPI na compra de veículos: Razões apontadas para o veto:** “A medida traria ampliação dos beneficiários e das hipóteses de isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, o que resultaria em renúncia de receita, sem apresentar as estimativas de impacto e as devidas compensações financeiras, em violação ao que determina a Lei de Responsabilidade Fiscal. **”Nossas Considerações:** O veto acima relatado desmonta a concretização de um direito há muito pleiteado por pessoas surdas. Se pessoas com outras deficiências já tem esse direito, a lei traria uma correção histórica de uma violação de direitos de um segmento legítimo da sociedade Brasileira. A justificativa apoiada unicamente nos aspectos econômicos reafirma uma postura totalmente alheia a compromissos históricos firmados por esse governo e afronta mais de 9 milhões de pessoas deste país. **Veto do Art. 109 do Estatuto, referente às modificações do Código Nacional de Trânsito, a proposta de acréscimo de parágrafos no Art. 154 do CNT:** “Art. 154. .... § 1º ..... § 2º O Centro de Formação de Condutores (CFC) é obrigado, para cada conjunto de 20 (vinte) veículos de sua frota, a oferecer 1 (um) veículo adaptado para o aprendizado de pessoa com deficiência. § 3º O veículo adaptado deverá ter, no mínimo, câmbio automático, direção hidráulica, vidros elétricos e comandos manuais de freio e de embreagem.” (NR). **Razões apontadas para o veto:** “As regras relativas a carros adaptados para fins de aprendizagem e habilitação devem acompanhar as necessidades reais da população, assim como os avanços técnicos. Desta forma, é mais adequado deixar que tal matéria seja regulada pelo Conselho Nacional de Trânsito - CONTRAN, nos termos do que prevê o art. 12, inciso X, do Código de Trânsito Brasileiro.” **Nossas considerações:** Com essa justificativa o poder executivo demonstra desconsiderar todo o debate construído com vistas a que se qualifique a habilitação de motoristas com deficiência. Empurrando a questão para o Contran se protela uma questão que há muito já poderia ter sido observada. Muitas pessoas com deficiência física, em todo o território nacional, deparam-se com a seguinte dificuldade: para obter a isenção do ICMS na compra de um veículo adaptado, necessita comprovar sua habilitação de condutor. Por outro lado, para obter sua Carteira Nacional de Habilitação, ao se dirigir a um Centro de Formação de Condutores, não consegue se submeter aos testes práticos se não possuir veículo adaptado, pois os CFCs não dispõem de veículo adequado a sua deficiência. Assim, esse público não consegue adquirir um veículo adaptado com a isenção do tributo por não possuir CNH e também não consegue obter sua CNH por não possuir o veículo adaptado. Brasília, 08 de julho de 2015, Moisés Bauer Luiz - Presidente da ONCB e Conselheiro Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Prof. Ms. Carlos Eduardo Ferrari - Secretário Geral da ONCB e Conselheiro Nacional de Saúde. Para o conselheiro, os vetos apontados mostram “caráter político” e o “desconhecimento” do governo com a luta de 15 anos do movimento das pessoas com deficiência. Em seguida, **Carlos Ferrari** solicitou **Moção de Apoio do CNS ao documento da ONCG.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e, Considerando todo histórico de exclusão vivenciado e enfrentado por pessoas com deficiência e seus familiares em diferentes períodos da humanidade e na história recente do Brasil; Considerando a mudança de paradigma que boa parte da sociedade mundial se propôs a construir a partir da declaração internacional dos direitos humanos de 1948, posicionando a dignidade humana e a justiça social, como sendo valores que devem ser cultivados e reconhecidos pelos povos; Considerando o reconhecimento pela Constituição Cidadã de 1988, de todos os brasileiros como sendo cidadãos de direitos; Considerando os avanços legais e civilizatórios, decorrentes da aprovação e implementação de inúmeros instrumentos normativos ao longo das últimas décadas; Considerando os compromissos e responsabilidades assumidas pelo Brasil ao ratificar enquanto emenda constitucional a Convenção Internacional da ONU que trata dos direitos das pessoas com deficiência; Considerando os princípios éticos e políticos consolidados por este conselho ao longo de sua história de atuação. **Vem a público:** Manifestar apoio incondicional ao posicionamento da Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB

contrário aos vetos praticados pela Presidência da República aos dispositivos da Lei Brasileira da Inclusão, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência. Solicitamos ao Congresso Nacional e a toda sociedade brasileira que nos permitam que as perdas apontadas no documento em anexo, sejam de fato reparadas. Para tanto, clamamos que sejam derrubados os vetos apontados. Reiteramos nosso compromisso enquanto instância de controle social, para com todo o movimento de pessoas com deficiência, historicamente atuante neste conselho e assumimos a partir dessa manifestação os pleitos apontados pelo segmento como sendo a luta de todos nós. Conselheira **Maria Laura Bicca**, disse que a análise do conselheiro Carlos Ferrari não poderia ser mais perfeita. Disse que acompanha a luta do movimento há muitos anos e considerou “um absurdo” o que a área econômica fez com a *Lei Brasileira de Inclusão*. Propôs para as entidades escrevessem Cartas em apoio as denúncias da ONCB. Logo em seguida, **Carlos Duarte** colocou em votação a *Moção de Apoio*. **Deliberação: Moção de Apoio aprovada pelo Pleno**. Logo depois, conselheira **Alessandra Ribeiro** apresentou denúncia de criminalização do controle social em *Conferências de Saúde*, incluindo o Conselho Municipal de Joinville (SC). Passou a palavra para a conselheira **Suelen Nunes**, que relatou o caso que ocorreu no município. Havia sido aprovada *Moção de Repúdio contra a Organização Social Hospital Nossa Senhora das Graças e o Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante*. Entretanto a trabalhadora que redigiu a Nota recebeu um documento vindo do Conselho Municipal de Joinville para esclarecer as informações em 15 dias. Disseram a essa trabalhadora que sofreria processo judicial se não prestasse os esclarecimentos. Soube de um caso semelhante em Porto Alegre (RS). Então a conselheira propôs *Moção de Repúdio* ao assédio a trabalhadores e usuários que denunciavam situações de abuso no SUS. **Alessandra Ribeiro** explicou que queria uma ***Moção de Repúdio à criminalização do controle social***. Em seguida, leu a proposta para o Pleno. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse que o CNS tem tradição de ouvir as duas partes para entender o problema. Disse que seria o caso do CNS questionar o Conselho Municipal de Joinville (SC); ouvir a versão do Conselho antes de aprovar a *Moção*. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que era bom agir com cuidado e cautela em caso de denúncia, para não alimentar a disputa local. Disse que nesta semana havia recebido denúncia de um Conselho Municipal onde os delegados só poderão ser eleitos entre conselheiros; o CNS vai apurar o caso. Conselheiro **Eni Carajá** sugeriu que não fosse aprovada a *Moção*, mas sugeriu que o CNS designasse alguém para acompanhar este e outros casos semelhantes. Conselheira **Maria do Espírito Santo** (Santinha) questionou se a *Moção* seria contra a postura do Conselho de Joinville com a trabalhadora, mas a conselheira **Alessandra Ribeiro** explicou que a *Moção* seria destinada a todos os Conselhos de Saúde. Conselheiro **Renato Barros** não vê problema nesta *Moção*, pois em alguns conselhos existem conflitos parecidos. Além disso, a proposta é genérica e assegura o que está na CF, o direito de expressão. Para o conselheiro, a *Moção* deveria ser aprovada. Entretanto solicitou maiores informações do Conselho de Joinville. **Carlos Duarte**, coordenador da Mesa, falou que o Conselheiro Haroldo Pontes fez um Encaminhamento para pedir esclarecimentos ao Conselho de Joinville, designar uma pessoa para cuidar do caso, via Comissão Organizadora da Conferência. Disse que era melhor avaliar o caso primeiro antes de colocar a *Moção* para aprovação. Comentou ainda o caso de Porto Alegre (RS); se chegar denúncia do próprio conselho da cidade, o CNS vai investigar o caso. E em relação ao caso de criminalização do controle social, conselheiro acha que o assunto mereceria um ponto de pauta para o CNS debater o assunto, antes de fazer qualquer manifestação. Conselheiro **José Araújo** disse estar preocupado com a grande quantidade de *Moção de Repúdio* que o CNS está fazendo, pois pode “cair em descrédito”. Sugeriu *Recomendação* aos Conselhos Estaduais e Municipais a respeito do tema. Presidente do CNS, **Maria do Socorro de Souza**, disse que o maior instrumento para responsabilizar os Conselhos de Saúde é o Regimento do CNS. Comentou que a *Comissão Organizadora* da Conferência se reunirá nos dias 16 e 17 de julho e poderá discutir os problemas políticos que surgiram nos eventos municipais e estaduais. Sugeriu realizar *Videoconferência* com os Conselhos Estaduais e as Mesas Diretoras. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que é delicado dirigir mensagem a um Conselho sem o devido levantamento, assim como é delicado generalizar e enviar mensagem a todos, pois os que agem de forma correta não reagem muito bem. Conselheira **Suelen Nunes** explicou que em nenhum momento houve intenção de direcionar a *Moção* para o Conselho de Joinville, pois queria que o caso fosse investigado junto ao Conselho. Sugeriu parecer do CNS afirmando ser contra a criminalização do controle social. Os cidadãos devem saber que tem o apoio para falar abertamente nos Conselhos de Saúde e não serem penalizados por expor a sua opinião. Conselheiro **Haroldo Pontes** disse que a proposta de Suelen Nunes se encaixa com o que foi definido até o momento. Disse que a *Comissão de Comunicação* da Conferência poderia escrever uma Nota esclarecendo estes pontos. E o *site* do CNS poderia reafirmar o texto, publicando o conteúdo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** disse para colocar no *site* do CNS um documento sobre denúncias que já foi elaborado há quatro anos, que mostra o encaminhamento das denúncias. Explicou que toda denúncia tem que se fundamentada, pois senão a pessoa pode ser processada por calúnia; deve usar o palavreado certo; se houver acusações deve haver provas. O Ministério Público também pode ser acionado em casos de denúncia. **Carlos Duarte** disse que a *Comissão Organizadora* da 15ª Conferência se compromete a levantar informações com o Conselho de Joinville e apresentar a versão do Conselho na próxima reunião. Em relação ao Conselho se manifestar em relação à criminalização do controle social, concorda com a proposta do Haroldo Pontes de ser

elaborado documento pela *Comissão de Comunicação* da Conferência. **Deliberação: Pleno aprovou a proposta.** Conselheira **Liane Oliveira** disse que a situação de Porto Alegre é diferente. O Conselho Municipal já se manifestou porque o ex-Secretário de Saúde entrou com processo criminal contra dois conselheiros e um servidor público. Essas pessoas apresentaram no Conselho denúncias de irregularidade. Conselheira disse que se dispôs a ser testemunha de um desses colegas. O Secretário atual é testemunha também no caso. **Deliberações: Todas as Recomendações apresentadas foram aprovadas pelo Pleno, assim como a proposta de ouvir a versão do caso pelo Conselho de Joinville e apresentar o resultado na próxima reunião do CNS e a Comissão de Comunicação da 15ª Conferência elaborar Nota a respeito da criminalização do controle social.** Logo após encerrar este Item, a Mesa foi recomposta com o conselheiro Haroldo Pontes e o Secretário Executivo do CNS, João Palma, para tratarem do *Item 07 – 15ª Conferência Nacional de Saúde: Conferências Municipais de Saúde, Oficinas.* **ITEM 12 – INFORME PARLAMENTAR** - Coordenação: **João Palma**, Secretário Executivo do CNS. Este item não foi apresentado durante a reunião e foi adiado para o mês seguinte. No segundo dia de reunião estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Ademar Arthur Chioro dos Reis**, Ministério da Saúde; **Ana Maria Costa**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Movimento Nacional de Luta Contra a Aids; **Carlos Eduardo Ferrari**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil (ONCB); **Claudio Garcia Capitão**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil (FENACELBRA); **Clóvis Adalberto Bouffleur**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Denise de Freitas**, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTAMBÉM); **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Luiz Carlos Saraiva Neves**, União Nacional de Autogestão em Saúde (UNIDAS); **Maria Arindelita Nunes de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); **Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; **Maria do Socorro de Souza**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marlonei Silveira dos Santos**, Federação Nacional dos Médicos (FENAM); **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Renato Almeida de Barros**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar); **Verônica Lourenço da Silva**, Liga Brasileira de Lésbicas (LBL); **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Alexandre Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Elias José da Silva**, Movimento Popular de Saúde (MOPS); **Elias Rassi Neto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); **Fernanda Benvenutty da Silva**, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); **Luiz Felipe Coutinho Costamilan**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Michely Ribeiro da Silva**, Rede Nacional Lai Lai Apejo: População Negra e Aids (RLLA); **Oswaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT/Aliança de Controle do Tabagismo); **Suelen Nunes**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.